

Observatoire prospectif des emplois, des métiers et des qualifications

Etude portant sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la branche de l'hospitalisation privée sanitaire et médico-sociale à caractère commercial

Rapport final

30 décembre 2013







Table des matières

1.	Rap	pel du contexte et des objectifs de l'étude	3
	1.1.	Le contexte	3
	1.2.	Les objectifs de l'étude	3
2.	La r	néthodologie mise en œuvre pour la réalisation de l'étude	4
	2.1.	L'enquête quantitative par questionnaire	4
	2.2.	L'enquête qualitative par entretien semi-directifs en face-à-face	12
3.	Les	résultats de l'enquête quantitative par questionnaire	14
	3.1.	Un recodage et une harmonisation nécessaires pour l'exploitation	14
	3.2.	Description de l'échantillon des établissements répondants et de l'effectif salari (données 2012)	é 18
	3.3.	La situation comparée femmes-hommes dans la branche de l'hospitalisation pri à caractère commercial en 2012	vée 29
4.	Ana	lyse de l'enquête qualitative par entretiens semi-directifs en face-à-fac	e 54
5.	Prin	cipales conclusions et recommandations	70
6.	ANN	NEXES : grilles d'entretiens utilisées pour les enquêtes auprès des	
	diffe	érents acteurs de la branche	76
	6.1.	Guide Entretiens en face-à-face auprès des DRH	76
	6.2.	Guide Entretiens en face-à-face auprès des salarié-e-s	77
	6.3.	Guide Entretiens en face-à-face auprès des représentant-e-s du personnel	79

Rapport final 30 décembre 2013 page 2/80





1. Rappel du contexte et des objectifs de l'étude

1.1. Le contexte

Conformément aux préconisations de l'Accord de branche relatif à la mise en œuvre de la formation professionnelle tout au long de la vie du 23 décembre 2004, l'observatoire prospectif des métiers et des qualifications de la branche de l'hospitalisation privée sanitaire et médico-sociale à caractère commercial « apporte, par ses travaux d'analyse et ses préconisations, son concours à l'identification des changements qui affectent, ou sont susceptibles d'affecter, de manière quantitative ou qualitative, les emplois, notamment en termes de contenu et d'exigence de compétences ».

Le dernier rapport de branche apporte des premiers éléments sur la répartition et la situation comparée des femmes et des hommes dans la branche. Dans le cadre de ces missions, le COPIL de l'observatoire a souhaité affiner sa connaissance de la situation comparée des femmes et des hommes dans la branche et a confié à un prestataire la réalisation d'une étude portant sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la branche de l'hospitalisation privée sanitaire et médico-sociale à caractère commercial. Le présent rapport présente les résultats de cette étude. Cette étude a été dirigée conjointement par les membres de la commission paritaire de la branche de l'hospitalisation privée à caractère commercial et par l'observatoire de la branche et a été confiée dans sa réalisation au cabinet POLLEN Conseil. Ce rapport a été rédigé par Elsy Huboux et Nicolas Lauriot dit Prévost, avec les contributions de Marie-Ingrid Brézé, de Yoann Lopez et d'Alexis Parmantier.

1.2. Les objectifs de l'étude

L'objectif général de l'étude est d'analyser la situation en termes d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la branche de l'hospitalisation privée à caractère commercial (secteurs sanitaire et médico-social).

Quatre objectifs spécifiques ont plus précisément été définis. Tout d'abord, l'étude, à la fois qualitative et quantitative, doit porter plus spécifiquement sur la carrière des femmes dans la branche, la formation des femmes et la conciliation de la vie professionnelle et familiale. Ensuite, un état des lieux des accords existants au sein de la branche doit également être réalisé. Par ailleurs, une comparaison (entre ses différents secteurs, métiers, types d'établissements ; avec le niveau national ; avec d'autres branche ; etc.) de la situation des femmes et des hommes dans la branche de l'hospitalisation à caractère commercial est réalisée. Enfin des recommandations et des pistes de réflexion pouvant favoriser l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la branche sont proposées.

Rapport final 30 décembre 2013 page 3/80





2. La méthodologie mise en œuvre pour la réalisation de l'étude

L'étude a été réalisée grâce à la mise en œuvre de 3 méthodologies spécifiques :

Une recherche et analyse documentaire, permettant d'obtenir des données de cadrage sur la branche, sur certains des métiers sensibles ainsi que des données de comparaison avec la situation qui prévaut au niveau national, dans les services et plus spécifiquement dans la fonction publique hospitalière et dans la branche sanitaire, sociale et médicosociale à but non lucratif.

Une enquête quantitative par questionnaire, permettant d'avoir des données précises sur la situation comparée des femmes et des hommes dans la branche.

Enfin, une enquête qualitative par entretien en face-à-face auprès des DRH, directeurtrice-s d'établissement et salarié-e-s exerçant des métiers définis par la branche comme « sensibles ».

2.1. L'enquête quantitative par questionnaire

2.1.1. La méthode générale retenue

Le choix a été fait de mener une enquête en ligne par questionnaire auprès de l'ensemble des établissements de la branche. Ainsi, un courrier expliquant la démarche et la façon de participer à l'enquête a été envoyé à environ 2 700 établissements le 16 septembre 2013. Au préalable l'outil avait été testé et adapté en juillet 2013. L'outil utilisé est un tableur Excel à renseigner en ligne, avec en colonne les différentes variables et en ligne les salarié-é-s de l'établissement. Les variables à renseigner sont constituées de données qu'il est possible d'extraire de la base DADS. Par ailleurs des questions ouvertes viennent compléter le formulaire Excel.

Rapport final 30 décembre 2013 page 4/80





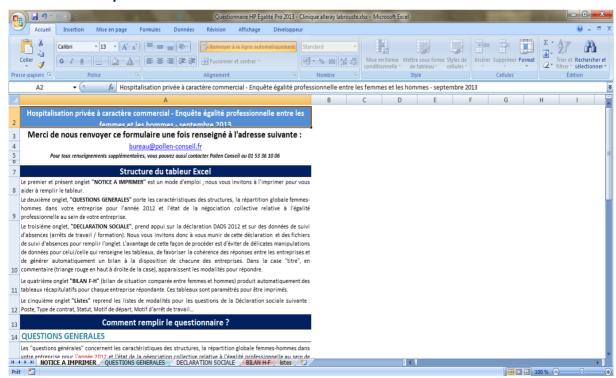
2.1.2. Présentation de l'outil Excel utilisé et adapté chemin faisant

a/ La base : un formulaire Excel organisé en plusieurs feuilles

Une page dédiée à l'étude sur le site de POLLEN Conseil



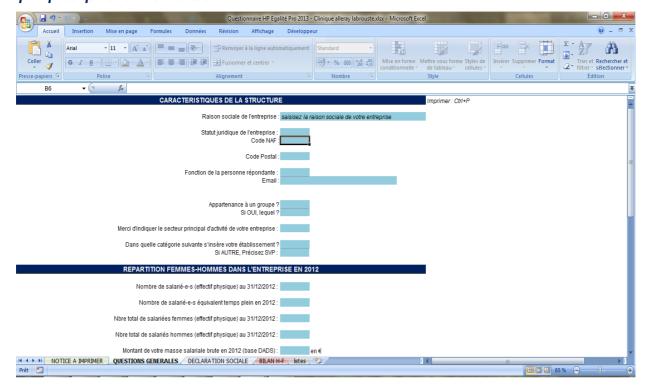
Une feuille complémentaire de notice d'utilisation de l'outil



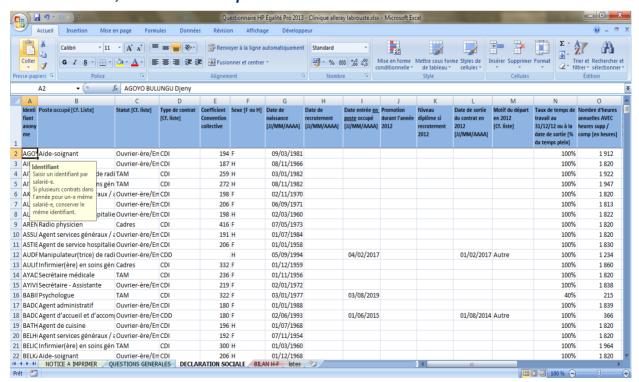
Rapport final 30 décembre 2013 page 5/80



Une feuille « Questions générales », avec des données générales sur l'entreprise et quelques questions ouvertes



Une feuille « déclaration sociale », fondée sur des données DADS-U et de gestion de paie de l'année 2012, ossature de l'enquête

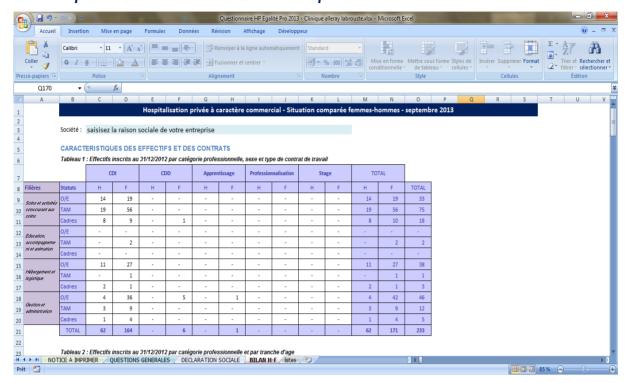


Rapport final 30 décembre 2013 page 6/80

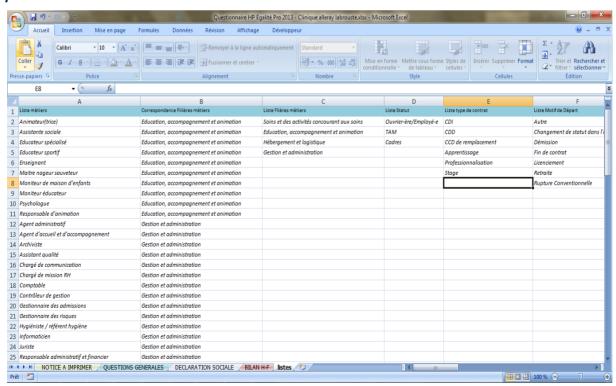




Une feuille restituant un certain nombre de calculs et croisements, sous forme de tableaux proches d'un bilan de situation comparée F/H



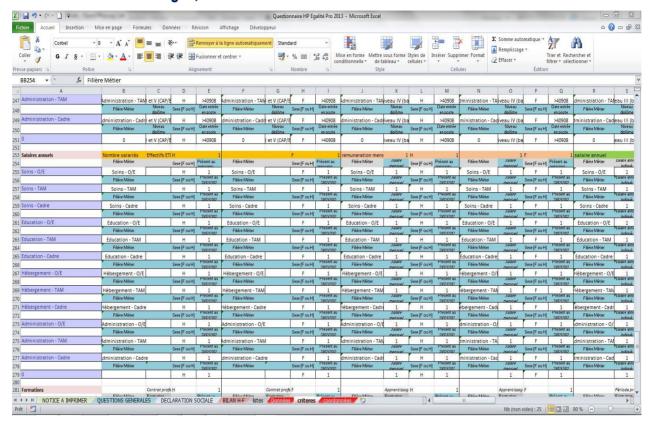
Une dernière feuille visible par les répondant-e-s de récapitulatif des différentes listes possibles au sein des variables à listes



Rapport final 30 décembre 2013 page 7/80



Enfin, plusieurs feuilles invisibles aux répondant-e-s servant à placer les formules nécessaires aux recodages, croisements et calculs



b/ Une assistance en ligne et par téléphone pour aider à remplir ce formulaire

Au vu de la concordance de nombreuses données retenues avec celles présentes dans la DADS et les difficultés (techniques et/ou temporelles) pour certaines entreprises de pouvoir répondre à l'enquête, nous avons décidé de leur proposer de les aider dans cette démarche, *via* une assistance approfondie. Pour ce faire, nous avons :

- Développé un outil permettant la lecture des fichiers bruts DADS-U tels qu'ils sont créés par les logiciels de paie et enregistrés en ligne sur le site http://www.net-entreprises.fr/ qui recueille les déclarations sociales. Cet outil sous forme de macros Excel complexes, développées en programmation VBA, permet la récupération rapide des données recherchées et leur incorporation dans la feuille « Déclaration sociale » du questionnaire. Le développement de cet outil a demandé plus de 3 jours de travail : déchiffrage de la nomenclature DADS-U; mise en cohérence des données ; développement des macros.
- Proposé aux entreprises la possibilité de nous fournir directement leur fichier DADS-U afin que nous incorporions ces données dans le questionnaire. L'idée est de fournir un fichier pré-rempli aux entreprises, afin qu'elles n'aient plus qu'à compléter les données manquantes, notamment par des extractions ciblées au sein de leur logiciel et fichier de suivi des paies. Cette proposition leur a été faite sur la page Internet où le questionnaire est mis en ligne, ainsi que par téléphone au cours des relances. Cette manipulation des données demande une intervention/vérification de notre part pour chaque entreprise qui accepte cette démarche.

Rapport final 30 décembre 2013 page 8/80





c/ Détails des données demandées dans la partie « Questions générales »

CARACTERISTIQUES DE LA STRUCTURE

Raison sociale de l'entreprise : ...

Statut juridique de l'entreprise : ...

Code NAF: ...

Code Postal: ...

Fonction de la personne répondante : ...

Email: ...

Appartenance à un groupe ? OUI / NON

Si OUI, lequel?

Merci d'indiquer le secteur principal d'activité de votre entreprise : SANITAIRE / MEDICO-SOCIAL

Dans quelle catégorie suivante s'insère votre établissement ? MSO / SSR / PSY / EHPAD / AUTRE

Si AUTRE, Précisez SVP: ...

REPARTITION FEMMES-HOMMES DANS L'ENTREPRISE EN 2012

Nombre de salarié-e-s (effectif physique) au 31/12/2012 : ...

Nombre de salarié-e-s équivalent temps plein en 2012 : ...

Nbre total de salariées femmes (effectif physique) au 31/12/2012 : ...

Nbre total de salariés hommes (effectif physique) au 31/12/2012 : ...

Montant de votre masse salariale brute en 2012 (base DADS) : ...

ETAT DE LA NEGOCIATION COLLECTIVE ET DES ACTIONS "EGALITE PROFESSIONNELLE"

Des négociations sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes ont-elles été menées au sein de l'entreprise ? OUI / NON

Un accord d'entreprise a-t-il été signé sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes au sein de l'entreprise ?

OUI / NON

Si NON, un plan d'action est-il élaboré au sein de l'entreprise ? OUI / NON

L'entreprise participe-t-elle à un mode d'accueil « Petite enfance » pour ses salarié-e-s ? OUI / NON

Si OUI, précisez le type de participation : ...

L'entreprise participe-t-elle à des dispositifs d'accompagnement de l'enfance (par ex, un complément de jours de congé pour enfant malade) ? OUI / NON

Si OUI, récisez le(s) métiers(s) :

Existe-t-il, au sein de l'entreprise, d'autres dispositifs sur la thématique égalité professionnelle ? OUI / NON

Si OUI, précisez lesquels : ...

Quelles actions imagineriez-vous afin de promouvoir l'égalité professionnelle au sein de la branche ? ...

Rapport final 30 décembre 2013 page 9/80





d/ Détails des données individuelles demandées dans la partie « Déclaration sociale »

Variable	Présente dans la DADS ?
Identifiant anonyme	-
Poste occupé [Cf. Liste]	Oui, mais autre nomenclature à traduire
Statut [Cf. liste]	Oui
Type de contrat [Cf. liste]	Oui
Coefficient Convention collective	Oui
Sexe [F ou H]	Oui
Date de naissance [JJ/MM/AAAA]	Oui
Date de recrutement [JJ/MM/AAAA]	Non
Date entrée en poste occupé [JJ/MM/AAAA]	Oui, pour les arrivant-e-s dans l'année
Promotion durant l'année 2012	Non
Niveau diplôme si recrutement 2012	Non
Date de sortie du contrat en 2012 [JJ/MM/AAAA]	Oui
Motif du départ en 2012 [Cf. liste]	Oui
Taux de temps de travail au 31/12/12 ou à la date de sortie [% du temps plein]	Oui
Nombre d'heures annuelles AVEC heures supp / comp [en heures]	Oui
Nombre d'heures annuelles SANS heures supp / comp [en heures]	Oui
Salaire de base mensuel contractuel hors prime [en €]	Oui
Rémunération annuelle brute versée [en €, au 31/12/12]	Oui
Formation qualifiante en 2012	Non
Plan de formation en 2012	Non
DIF en 2012	Non
Nombre Arrêt maladie	Non
Nombre de jours arrêt maladie	Non
Nombre Accident du travail	Non
Nombre jours accident de travail	Non
Nombre de jours congé parental d'éducation	Non
Nombre de jours congé maternité	Non
Nombre de jours congé Paternité	Non
Nombre de jours congé Adoption	Non
Nombre jours congé Sans Solde	Non
Remarques - compléments d'information	-

Rapport final 30 décembre 2013 page 10/80





2.1.3. Le déroulement de l'enquête

Suite à l'envoi du courrier aux entreprises le 16 septembre, une première relance par mail a été effectuée le 20 septembre 2013.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, une adaptation chemin faisant du protocole a été faite suite aux retours des enquêtés sur leurs difficultés et le temps nécessaire pour renseigner le formulaire. Davantage d'assistance technique a été proposée aux répondants par le cabinet et la proposition faite aux entreprises d'envoyer directement leur base DADS pour un traitement par le cabinet.

Par ailleurs, à partir du 7 octobre jusqu'à début décembre, des relances ont été réalisées par mail et par téléphone auprès des entreprises. Ainsi, 15 jours ont été consacrés aux relances pour un total de 300 établissements relancés par téléphone et mail et 700 établissements relancés par mail.

Face au faible taux de retour, il a été décidé de recentrer les relances auprès des groupes, très présents dans la branche. Les 30 sièges sociaux de groupes identifiés dans le fichier ont ainsi été contactés. Plusieurs groupes ont exprimé leur refus de participer et la majorité n'a pas donné suite. Par ailleurs, en novembre, des relances plus ciblées auprès des DRH de groupe ont été faites grâce aux informations fournies par les membres du COPIL. Ces relances n'ont pas porté leurs fruits.

2.1.4. Les retours de l'enquête quantitative

A l'issue de toutes ces opérations, il a été possible de comptabiliser 206 formulaires exploitables, soit un taux de retour de 7,6%, ce qui est conforme au taux de retour généralement obtenu lors des études menées par l'Observatoire de la branche. Ces 206 établissements représentent 11 526 salarié-e-s (pour 212 988 salarié-e-s dans la branche).

Il faut toutefois souligner, que parmi ces 206 retours, 200 représentent des établissements issus d'un même groupe, le troisième groupe français de l'hospitalisation privée. Ainsi, ce groupe pèse 91,1% des structures de notre échantillon de participants, et les 6 établissements « autonomes » (c'est-à-dire n'appartenant pas à ce groupe majoritaire de notre échantillon de répondants), représentent 1 029 salarié-e-s au 31/12/2012, dont 904 femmes et 125 hommes, soit 8,9% des effectifs.

Toutefois, les résultats obtenus présentent une variété suffisante de situation pour être exploitables : les établissements concernés appartiennent tant au secteur sanitaire que médico-social, sont répartis sur l'ensemble du territoire national métropolitain et présentent une variété de taille en terme de nombre de salarié-e-s.

Précisons toutefois, qu'il n'a pas été possible pour ces établissements d'obtenir des réponses aux questions ouvertes, notamment celles portant sur les plans ou accords au sein des établissements.

En revanche, pour les questions traitées, la finesse des résultats est très bonne et bien meilleure que celle obtenue lors d'enquêtes sur le même thème par questionnaires papier où les enquêtés remplissent généralement de façon très approximative les tableaux demandés car ils nécessitent des traitements.

Ainsi, les résultats, s'ils sont incomplets par rapport à ce qui aurait été optimal, sont fiables et de bonne qualité pour les questions traitées.

Rapport final 30 décembre 2013 page 11/80





2.2. L'enquête qualitative par entretien semi-directifs en face-à-face¹

2.2.1. Les objectifs

Il était prévu de rencontrer des DRH, ou, si l'établissement ne dispose pas d'une personne spécifiquement dédiée à la gestion des ressources humaines, des directeur-trice-s d'établissement, des représentant-e-s du personnel et des salarié-e-s femmes et hommes de métiers « sensibles » identifiés par la branche². Ces métiers sont les suivants :

- Pour le secteur sanitaire :
 - Agent de stérilisation
 - Responsable d'établissement
 - Aide-soignant-e
 - Maîeuticien-cienne (« Sage-femme »)
 - Brancardier-ière
 - Infirmier-ière
- Pour le secteur médico-social :
 - Responsable d'établissement
 - Aide-soignant-e
 - Aide médico-psychologique
 - Agent administratif
 - Agent de service hôtelier
 - Cuisinier-ière

2.2.2. Le déroulement de l'enquête

L'enquête s'est déroulée entre septembre et décembre 2013.

Les entretiens ont eu lieu au sein de différents établissements des deux secteurs de la branche, sur différents territoires de France métropolitaine.

Soulignons qu'il n'a pas été facile d'obtenir les RDV. Ainsi, 10 jours ont été nécessaires à la seule prise de RDV. Une autre difficulté rencontrée a été qu'une fois au sein de l'établissement à enquêter, il est arrivé plusieurs fois de n'avoir pas pu rencontrer certains salarié-e-s qu'il était prévu de voir, soit qu'ils/elles n'étaient pas disponibles, soit que le chef d'établissement n'ait plus été d'accord pour qu'ils nous accordent cet entretien.

Les entretiens ont été réalisés en face-à-face et ont eu une durée moyenne d'une heure.

Rapport final 30 décembre 2013 page 12/80

¹ Notre **approche méthodologique** d'entretien peut s'apparenter à celle dite « compréhensive », décrite par Jean-Claude Kaufmann. Cette méthode « empathique » consiste à comprendre le système de valeurs de la personne interrogée, et à y adhérer sans excès, pour libérer les propos et renforcer ainsi leur caractère de sincérité. La méthode compréhensive est utile pour deviner plus en profondeur certaines pratiques cachées, domestiques, les imaginaires, motivations et immotivations ainsi que les représentations des personnes. Nous nous attacherons, en effet, à ne considérer les différents propos recueillis ni comme une vérité sociale à l'état pur, ni comme une déformation systématique. Comme le précise judicieusement J.-C. Kaufmann, les différents discours sont « d'une extraordinaire richesse, permettant justement par leurs contradictions d'analyser le processus de construction identitaire, donnant des pistes (les phrases récurrentes par exemple) pour repérer les processus sociaux sous-jacents ».

² Voir les grilles d'entretien en annexe





2.2.3. Les personnes enquêtées

Finalement 34 entretiens semi-directifs en face-à-face ont pu être menés.

- Les entretiens réalisés dans des établissements relevant du secteur sanitaire :
 - DRH/RRH/Directeur-trice: 5 femmes et 5 hommes
 - Agent de stérilisation : 1 femme et 1 homme
 - Infirmier-ière : 2 femmes et 3 hommes
 - Aide-soignant-e: 1 homme
 - Maîeuticien-cienne (« Sage-femme »): 1 femme
 - IRP: 3 femmes (2 agents administratifs et 1 infirmière) et 1 homme (infirmier), dont 2 déléguées du personnel et une représentante CHSCT ainsi qu'un délégué syndical
- Les entretiens réalisés dans des établissements relevant du secteur médico-social :
 - DRH/Directeur-trice: 1 femme et 2 hommes
 - Infirmier-ière : 2 femmes
 - Aide-soignant-e: 3 femmes
 - Agent hôtelier: 2 hommes
 - Agent administratif: 1 femme
 - IRP: 1 homme (aide-soignant) délégué syndical

Précisons qu'il n'a pas été possible de rencontrer d'AMP, bien que 3 entretiens aient été prévus mais ont été annulés une fois l'enquêteur au sein de l'établissement.

Rapport final 30 décembre 2013 page 13/80





3. Les résultats de l'enquête quantitative par questionnaire

3.1. Un recodage et une harmonisation nécessaires pour l'exploitation

Sur les 206 questionnaires retournés exploitables, 200 appartiennent au même groupe. La variété des situations que peuvent rencontrer les établissements de la branche y est représentée, en termes de secteur (Sanitaire / Médico-social), de type d'établissement, de taille et d'implantation géographique.

Le groupe majoritaire de notre échantillon ayant une nomenclature personnelle des métiers, fondée sur la convention collective de la branche de 2002, organisée en 3 catégories, et non pas sur celle plus récente définie par la branche, qui est divisée en 4 catégories. Nous avons dû uniformiser l'ensemble des questionnaires retournés selon cette dernière base.

Ladite convention collective utilise comme référence pour les cliniques et les EHPAD (avec des nuances de métiers pour le service général), la catégorisation posée à l'Article 90. Les emplois sont ainsi répartis en 3 filières professionnelles : Administrative ; Services généraux, technique et hygiène ; Soignants et concourant aux soins.

Les correspondances entre les filières métiers entre Branche, le groupe majoritaire de notre échantillon et la convention collective sont les suivantes :

Liste familles métiers Branche	LISTE METIERS CONVENTION COLLECTIVE 2002 (base commune utilisée dans l'étude)	Liste Familles métiers Groupe majoritaire
Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux	Soins
Education, accompagnement et animation	soins	Soms
Hébergement et logistique	Filière générale	Hébergement et vie sociale (Secteur Médico-social)
		Techniques et Générale (Secteur Sanitaire)
Gestion et administration	Filière administrative	Administratives et services techniques

Selon ces correspondances, nous avons recodés comme suit les métiers :

Liste métiers Branche	Correspondance Familles / métiers Branche	CORRESPONDANCE METIERS CONVENTION COLLECTIVE 2002 (base commune utilisée dans l'étude)	Correspondance Familles métiers Groupe majoritaire
Animateur(trice)	Education, accompagnement et animation	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Assistante sociale	Education, accompagnement et animation	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Educateur spécialisé	Education, accompagnement et animation	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Educateur sportif	Education, accompagnement et animation	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Enseignant	Education, accompagnement et animation	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Maitre nageur sauveteur	Education, accompagnement et animation	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Moniteur de maison d'enfants	Education, accompagnement et animation	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Moniteur éducateur	Education, accompagnement et animation	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Psychologue	Education, accompagnement et animation	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Responsable	Education, accompagnement et	Filière soignante et concourant aux	Soins

Rapport final 30 décembre 2013 page 14/80





d'animation	animation	soins	
	2		Administratives et services
Agent administratif	Gestion et administration	Filière administrative	techniques
Agent d'accueil et d'accompagnement	Gestion et administration	Filière administrative	Administratives et services techniques
Archiviste	Gestion et administration	Filière administrative	Administratives et services techniques
Assistant qualité	Gestion et administration	Filière administrative	Administratives et services techniques
Chargé de communication	Gestion et administration	Filière administrative	Administratives et services techniques
Chargé de mission RH	Gestion et administration	Filière administrative	Administratives et services techniques
Comptable	Gestion et administration	Filière administrative	Administratives et services techniques
Contrôleur de gestion	Gestion et administration	Filière administrative	Administratives et services techniques
Gestionnaire des admissions	Gestion et administration	Filière administrative	Administratives et services techniques
Gestionnaire des risques	Gestion et administration	Filière administrative	Administratives et services techniques
Hygiéniste / référent hygiène	Gestion et administration	Filière administrative	Administratives et services techniques
Informaticien	Gestion et administration	Filière administrative	Administratives et services techniques
Juriste	Gestion et administration	Filière administrative	Administratives et services techniques
Responsable administratif et financier	Gestion et administration	Filière administrative	Administratives et services techniques
Responsable d'établissement	Gestion et administration	Filière administrative	Administratives et services techniques
Responsable de l'information médicale	Gestion et administration	Filière administrative	Administratives et services techniques
Responsable de la comptabilité	Gestion et administration	Filière administrative	Administratives et services techniques
Responsable informatique / systèmes d'information	Gestion et administration	Filière administrative	Administratives et services techniques
Responsable marketing	Gestion et administration	Filière administrative	Administratives et services techniques
Responsable planification et gestion des flux / responsable des opérations	Gestion et administration	Filière administrative	Administratives et services techniques
Responsable qualité	Gestion et administration	Filière administrative	Administratives et services techniques
Responsable ressources humaines	Gestion et administration	Filière administrative	Administratives et services techniques
Secrétaire - Assistante	Gestion et administration	Filière administrative	Administratives et services techniques
Secrétaire médicale	Gestion et administration	Filière administrative	Administratives et services techniques
Technicien information médicale	Gestion et administration	Filière administrative	Administratives et services techniques
Technicien paye	Gestion et administration	Filière administrative	Administratives et services techniques
Acheteur	Hébergement et logistique	Filière générale	Hébergement et vie sociale (EHPAD) ou Techniques et Générale (Cliniques)
Agent d'entretien et	Hébergement et logistique	Filière générale	Hébergement et vie sociale

Rapport final 30 décembre 2013 page 15/80





			Générale (Cliniques)
Agent de cuisine	Hébergement et logistique	Filière générale	Hébergement et vie sociale (EHPAD) ou Techniques et Générale (Cliniques)
Agent de restauration	Hébergement et logistique	Filière générale	Hébergement et vie sociale (EHPAD) ou Techniques et Générale (Cliniques)
Agent de sécurité	Hébergement et logistique	Filière générale	Hébergement et vie sociale (EHPAD) ou Techniques et Générale (Cliniques)
Agent de service hôtelier	Hébergement et logistique	Filière générale	Hébergement et vie sociale (EHPAD) ou Techniques et Générale (Cliniques)
Agent services généraux / agent d'entretien	Hébergement et logistique	Filière générale	Hébergement et vie sociale (EHPAD) ou Techniques et Générale (Cliniques)
Cuisinier	Hébergement et logistique	Filière générale	Hébergement et vie sociale (EHPAD) ou Techniques et Générale (Cliniques)
Jardinier(ère)	Hébergement et logistique	Filière générale	Hébergement et vie sociale (EHPAD) ou Techniques et Générale (Cliniques)
Métiers spécifiques au secteur sanitaire	Hébergement et logistique	Filière générale	Hébergement et vie sociale (EHPAD) ou Techniques et Générale (Cliniques)
Radio physicien	Hébergement et logistique	Filière générale	Hébergement et vie sociale (EHPAD) ou Techniques et Générale (Cliniques)
Responsable biomédical / Gestionnaire des équipements médicaux	Hébergement et logistique	Filière générale	Hébergement et vie sociale (EHPAD) ou Techniques et Générale (Cliniques)
Responsable de la sécurité des biens et des personnes en établissement hospitalier	Hébergement et logistique	Filière générale	Hébergement et vie sociale (EHPAD) ou Techniques et Générale (Cliniques)
Responsable des services techniques	Hébergement et logistique	Filière générale	Hébergement et vie sociale (EHPAD) ou Techniques et Générale (Cliniques)
Responsable hôtellerie et qualité de vie / gouvernante / responsable hébergement	Hébergement et logistique	Filière générale	Hébergement et vie sociale (EHPAD) ou Techniques et Générale (Cliniques)
Responsable hôtellerie restauration	Hébergement et logistique	Filière générale	Hébergement et vie sociale (EHPAD) ou Techniques et Générale (Cliniques)
Responsable logistique	Hébergement et logistique	Filière générale	Hébergement et vie sociale (EHPAD) ou Techniques et Générale (Cliniques)
Technicien(ne) d'entretien	Hébergement et logistique	Filière générale	Hébergement et vie sociale (EHPAD) ou Techniques et Générale (Cliniques)
Technicien(ne) de maintenance des équipements médicaux / technicien biomédical	Hébergement et logistique	Filière générale	Hébergement et vie sociale (EHPAD) ou Techniques et Générale (Cliniques)
Agent de service hospitalier	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Agent de stérilisation	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
	Soins et des activités concourant	Filière soignante et concourant aux	Soins

Rapport final 30 décembre 2013 page 16/80





	aux soins	soins	
	Soins et des activités concourant	Filière soignante et concourant aux	
Ambulancier(ère)	aux soins	soins	Soins
Assistant(e) de rééducation	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Auxiliaire de puériculture	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Brancardier(ère)	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Coordonnateur(trice) de bloc opératoire	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Diététicien(ne)	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Directeur(trice) des soins infirmiers	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Ergothérapeute	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Infirmier(ère) anesthésiste	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Infirmier(ère) de bloc opératoire	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Infirmier(ère) dialyse	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Infirmier(ère) en HAD	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Infirmier(ère) en psychiatrie	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Infirmier(ère) en puériculture	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Infirmier(ère) en soins généraux	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Infirmier(ère) oncologie / consultation annonce	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Infirmier(ère) référent (douleur, hygiène, qualité, vigilances,)	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Infirmier(ère) stomathérapeuthe	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Kinésithérapeute	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Manipulateur(trice) de radiologie, d'électroradiologie	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Manipulateur(trice) dosimétriste	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Médecin généraliste	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Médecin spécialiste	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Orthophoniste	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Pharmacien(ne	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Préparateur en pharmacie	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Prothésiste-orthésiste	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Psychomotricien	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Responsable rééducation	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins

Rapport final 30 décembre 2013 page 17/80



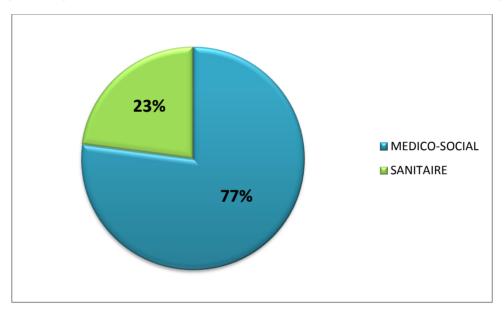


Sage-femme	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Technicien(ne) de laboratoire en biologie médicale	Soins et des activités concourant aux soins	Filière soignante et concourant aux soins	Soins
Autre	-	-	-

3.2. Description de l'échantillon des établissements répondants et de l'effectif salarié (données 2012)

3.2.1. La répartition des établissements entre secteur sanitaire et secteur médico-social

Graphique 1 - Répartition des établissements de l'échantillon selon le secteur (base 206 entreprises)



77% des établissements répondants appartiennent au secteur médico-social et 23% au secteur sanitaire.

En 2009, au sein de la branche de l'hospitalisation privée sanitaire et médico-sociale à but commercial, 60,5% des établissements appartenaient au secteur médico-social et 39,5% au secteur sanitaire, avec une tendance depuis 2004 à une augmentation de la part des établissements relevant du secteur médico-social³.

Ainsi, dans notre échantillon, le secteur médico-social est certes sur représenté (77% contre 60,5%), mais s'inscrit bien dans la dynamique de l'augmentation de la part des établissements relevant du secteur médico-social.

Rapport final 30 décembre 2013 page 18/80

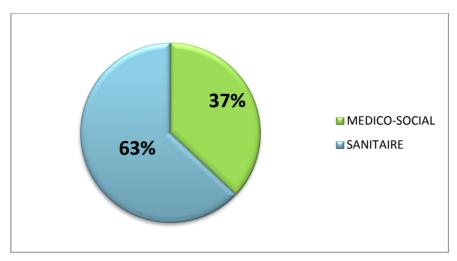
³ CPNE-FP Rapport de Branche 2009, « La situation de l'emploi dans la branche de l'hospitalisation privée sanitaire et médico-sociale à statut commercial ».





3.2.2. La répartition de l'effectif salarié de l'échantillon selon les secteurs sanitaire et médico-social

Graphique 2 - Répartition de l'effectif salarié de l'échantillon selon le secteur (base 206 entreprises - 11 526 salarié-e-s)



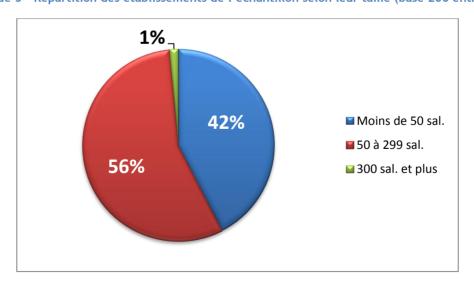
Sur les 11 526 salarié-e-s de l'échantillon, 63% sont dans le secteur sanitaire et 37% dans le secteur médico-social.

Cette répartition est conforme à celle observée dans la branche en 2009 où 67% des salarié-e-s de la branche dépendaient du secteur sanitaire et 33% du secteur médico-social⁴. Cette dernière proportion est de 31,2% en 2011 selon l'Etude quantitative de l'Observatoire prospectif des emplois, des métiers et des qualifications de la branche de 2011⁵.

Ainsi, notre échantillon est globalement représentatif de la branche en ce qui concerne la répartition entre ses deux secteurs.

3.2.3. La répartition des établissements de l'échantillon selon leur taille

Graphique 3 - Répartition des établissements de l'échantillon selon leur taille (base 206 entreprises)



⁴ CPNE-FP Rapport de Branche 2009, « La situation de l'emploi dans la branche de l'hospitalisation privée sanitaire et médico-sociale à statut commercial ».

Rapport final 30 décembre 2013 page 19/80

⁵ Précisons que le périmètre de la branche utilisé dans cette étude n'est pas exactement le même que celui utilisé dans le rapport de branche de 2009.

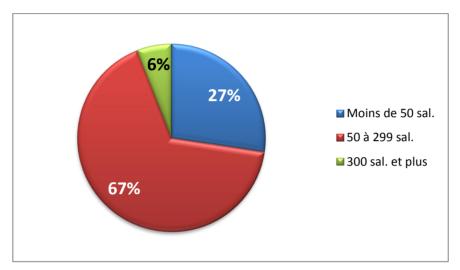




La majorité des établissements, 56%, ont entre 50 et 299 salarié-e-s. 42% ont moins de 50 salarié-e-s et 1% ont 300 salarié-e-s et plus.

3.2.4. La répartition de l'effectif salarié de l'échantillon selon la taille de l'établissement d'appartenance

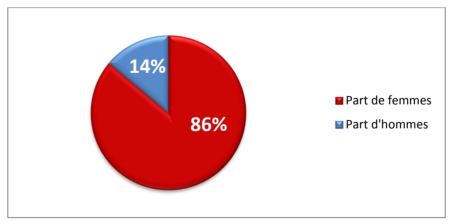
Graphique 4 - Répartition de l'effectif salarié de l'échantillon selon la taille de l'établissement d'appartenance (base 206 entreprises - 11 526 salarié-e-s)



67% de l'effectif salarié de l'échantillon appartient à des établissements comptant 50 à 299 salarié-e-s. 27% de l'effectif travaille dans des établissements de moins de 50 salarié-e-s et 6% dans des établissements de 300 salarié-e-s et plus.

3.2.5. La répartition femmes-hommes de l'effectif salarié de l'échantillon : un effectif très majoritairement féminin

Graphique 5 - Répartition des effectifs salarié-e-s de l'échantillon selon le sexe (base 206 entreprises - 11 526 salarié-e-s)



86% des salarié-e-s de l'échantillon sont des femmes, pour 14% d'hommes. L'échantillon est donc très féminisé. Cette caractéristique de l'échantillon correspond à celle de la branche, où au total, en 2009, 88% des emplois étaient occupés par des femmes⁶.

Cette féminisation de l'effectif est bien supérieure à celle qui prévaut dans le secteur

Rapport final 30 décembre 2013 page 20/80

⁶ CPNE-FP Rapport de Branche 2009, « La situation de l'emploi dans la branche de l'hospitalisation privée sanitaire et médico-sociale à statut commercial ».





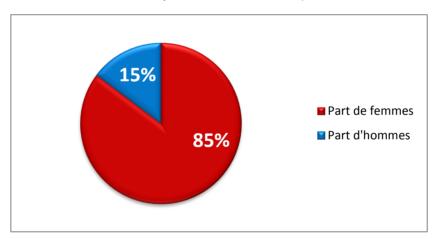
tertiaire en général, où 55% sont des femmes en 2011, ou encore à celle qui prévaut dans le secteur de l'administration publique, de l'enseignement, de la santé humaine et de l'action sociale, où 66,9% des salarié-e-s sont des femmes⁷.

Cette répartition est même supérieure à celle observée dans le secteur de la fonction publique hospitalière qui est la fonction publique la plus féminisée⁸, où 77% des agents sont des femmes, « Les femmes restent associées aux métiers de l'éducation, de la santé et du social. La très forte féminisation de la fonction publique hospitalière s'explique, par exemple, par une présence importante des femmes à des postes d'administratifs et de soignants (80% des personnels non médicaux sont des femmes contre 42% du personnel médical). »⁹

De la même façon, la part de femmes dans l'échantillon est supérieure à celle qui prévaut dans la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif où 75% des emplois sont occupés par des femmes (avec une proportion encore supérieure des femmes dans le secteur des personnes âgées et légèrement inférieure dans le secteur social qui est le plus masculinisé de la branche)¹⁰.

a/ Le secteur Médico-social légèrement plus féminisé que le secteur Sanitaire





Rapport final 30 décembre 2013 page 21/80

⁷ Source : « Chiffres-clés de l'égalité entre les femmes et les hommes », 2012, Ministère des droits des femmes http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/03/Chiffres-cl%C3%A9s_OK_bd_distiller21.pdf

^{8 «} Rapport annuel sur l'état de la fonction publique », 2009-2010, Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat; « Les chiffres clés de la fonction publique 2013 », Ministère de la réforme de l'Etat, de la décentralisation et de la fonction publique. http://www.fonction-publique/fonction-publique/fonction-publique-france-8

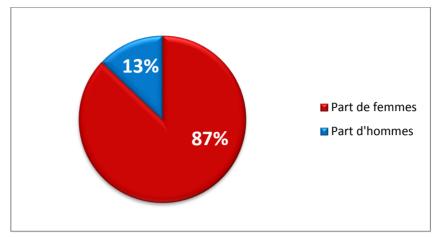
[«] L'égalité professionnelle homme - femme dans la fonction publique », rapport au Président de la République, Françoise Guégot, Députée de la Seine Maritime, janvier 2011 http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000123/

^{*} Enquête emploi 2012 de la branche sanitaire et sociale à but non lucratif », Unifaf, mise en ligne le 05/03/2013 http://www.unifaf.fr/page.jsp?currentNodeld=48¤tPubld=14395





Graphique 7 - Répartition de l'effectif salarié de l'échantillon selon le sexe - <u>Secteur Médico-social</u> (base 48 entreprises - 4 254 salarié-e-s)



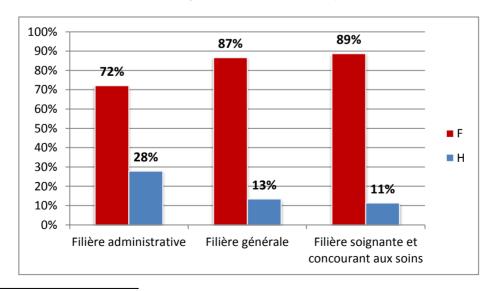
Le secteur médico-social est légèrement plus féminisé que le secteur sanitaire, avec respectivement 87% et 85% de femmes au sein de l'effectif de l'échantillon.

Cette observation est conforme à ce qui prévaut dans la branche, avec une féminisation supérieure du secteur médico-social (86,8%) à celle du secteur sanitaire (84,7% de femmes)¹¹. Une autre estimation pour la branche en 2011 renforce cet écart entre les deux sous secteurs (87% de femmes dans le secteur sanitaire pour 90% dans le secteur médico-social)¹².

Ces répartitions constitueront nos bases comparatives de références pour estimer les variations de concentrations significatives selon les thématiques considérées dans les analyses qui suivent.

3.2.6. La répartition femmes-hommes selon les catégories professionnelles et les grandes filières de métiers

Graphique 8 - Répartition des effectifs salarié-e-s de l'échantillon selon la filière métiers (base 206 entreprises - 11 526 salarié-e-s)



¹¹ CPNE-FP Rapport de Branche 2009, « La situation de l'emploi dans la branche de l'hospitalisation privée sanitaire et médico-sociale à statut commercial ».

Rapport final 30 décembre 2013 page 22/80

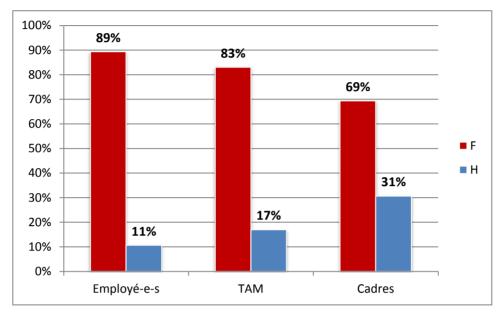
¹² Rapport de synthèse de l'Etude quantitative de l'Observatoire prospectif des emplois, des métiers et des qualifications de la branche, 2011.





La filière soignante et concourant aux soins est la plus féminisée, inversement la filière administrative est la moins féminisée. Notons que ce plus faible taux de féminisation de la filière administrative, comprenant les fonctions supports, par rapport aux filières « de terrain », cœur de l'activité, est une spécificité de la branche.

Graphique 9 - Répartition des effectifs salarié-e-s de l'échantillon selon leur catégorie professionnelle (base 206 entreprises - 11 526 salarié-e-s)



Plus on monte dans la hiérarchie, plus l'on trouve d'hommes, ce qui est un signe possible de l'existence d'effets de plafond de verre.

La différence dans les niveaux hiérarchiques de cadres entre hommes et femmes est un peu plus prononcée au sein du secteur sanitaire. On y retrouve 89% de femmes pour 11% d'hommes parmi les employé-e-s/ouvriers-ères, 88% de femmes pour 12% d'hommes parmi les TAM et on descend à 67% de femmes parmi les cadres pour 33% d'hommes. Bien que les répartitions des effectifs restent majoritairement féminines, cette régression du taux de féminisation selon le niveau hiérarchique peut constituer un signe de l'existence de phénomènes de « plafond et parois de verre¹³ » à l'œuvre pour les deux secteurs et en particulier pour le sanitaire.

Tableau 1 - Salarié-e-s de l'échantillon selon le sexe et la catégorie professionnelle (en % colonne)

Catégorie professionnelle	F	Н	Ensemble
Employé-e	74%	54%	70,9%
TAM	18%	23%	18,9%
Cadre	8%	22%	10,2%
Ensemble	100%	100%	100%

Lecture : «74% des femmes de l'échantillon sont des employées/ouvrières, alors que 54% des hommes sont employés/ouvriers »

Rapport final 30 décembre 2013 page 23/80

Le plafond de verre (glass ceiling) est une expression apparue aux États-Unis à la fin des années 1970 pour désigner l'ensemble des obstacles que rencontrent les femmes pour accéder à des postes élevés dans les hiérarchies professionnelles. Cette expression a été depuis reprise fréquemment en sciences sociales et dans les agendas politiques. Dans un même ordre d'idée, les parois de verre renvoient à un phénomène selon lequel certaines personnes (femmes, personnes issues de minorités visibles,...) n'ont pas accès à certaines filières métiers, filières métiers en général stratégiques, puisqu'elles conduisent aux postes à responsabilité (finance, management opérationnel, etc.).





Tableau 2 - Population en emploi selon le sexe et la catégorie socioprofessionnelle en France, en 2011 (en %)

	Femmes	Hommes
Agriculteurs exploitants	1,2	2,8
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	3,8	8,9
Cadres et professions intellectuelles supérieures	14,5	20,3
Professions intermédiaires	26,1	22,9
Employés	45,6	12,7
Ouvriers	8,7	32,3
Ensemble	100,0	100,0
Effectif (en milliers)	12 240	13 538

Lecture: en moyenne en 2011, 32,3 % des hommes ayant un emploi sont ouvriers.

Champ: France métropolitaine, population des ménages, personnes en emploi de 15 ans ou plus (âge courant).

Source: Insee, enquête Emploi 2011.

L'hypothèse de l'existence de phénomène de « plafond et parois de verre » semble confirmée par l'analyse de la part de chaque catégorie professionnelle au sein des populations féminines et masculines. Au lieu de considérer la répartition selon le sexe au sein de chacune des catégories professionnelles il s'agit d'observer la manière dont se répartissent les populations féminines et masculines entre les différentes catégories. Ainsi, alors que 74% des femmes de l'échantillon sont des employées/ouvrières, elles ne sont plus que 8% parmi les cadres, alors que les hommes sont 54% à être employés/ouvriers et surtout près de 22% à être cadres. Il en va de même pour les TAM, 18% des femmes sont TAM, alors que 23% des hommes le sont. Deux choses peuvent être déduites : dans la branche, les femmes se concentreraient sur les métiers d'employées et les hommes sur les métiers de TAM et de cadres dans des proportions plus élevées que le niveau national actuel.

En effet, pour les employé-e-s, en 2011, au niveau national¹⁴, 45,6% des femmes en emploi sont employées et 12,7% des hommes en emploi sont employés¹⁵. Comme nous l'avons dit, dans la branche, 74% des femmes sont des employé-e-s et 54% des hommes le sont. Certes l'écart de point entre les sexes est moins important au sein de notre échantillon qu'au niveau national, mais la concentration est particulièrement forte.

En revanche, concernant les cadres, non seulement la concentration d'hommes dans l'échantillon est plus forte qu'au niveau national (22% contre 20%), mais surtout l'écart entre la population féminine et la population masculine est plus marqué (+14 points dans l'échantillon, contre 5,8 points au niveau national). Les TAM pourraient être comparables en partie avec la catégorie nationale « Professions intermédiaires ». Là encore, les femmes de l'échantillon sont moins nombreuses dans ce type d'emploi qu'au niveau national (18% d'entre elles, contre 26,1% en France). De plus, alors que l'écart est à leur avantage au niveau national (de + 3,2 points), au sein de l'échantillon, la situation est à leur défaveur par rapport à leur homologues masculins, de -5 points, alors que ceux-ci se retrouvent, dans cette catégorie, dans des proportions semblables au niveau national (23% pour

Rapport final 30 décembre 2013 page 24/80

¹⁴ Source : « Chiffres-clés de l'égalité entre les femmes et les hommes », 2012, Ministère des droits des femmes http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/03/Chiffres-cl%C3%A9s_OK_bd_distiller21.pdf

Pour la comparaison, nous n'agrégeons pas ouvriers-ères avec les employé-e-s au niveau national, sachant qu'il y a très peu d'ouvriers-ères dans la branche.





l'échantillon et 22,9% pour le national).

Ces différents constats chiffrés, comparés avec la situation qui prévaut actuellement au niveau national, nous amène à y voir des signes de problématiques particulières d'effets de plafond et de parois de verre qui semblent bien exister de façon spécifique dans la branche.

Les facteurs expliquant cette situation peuvent être de différentes natures.

Il s'agit tout d'abord de l'existence d'un « tri » dès le recrutement, orientant massivement les femmes vers certains métiers et certaines fonctions d'employé-e-s, en particulier dans la filière soignante et concourant aux soins ; le recrutement des hommes s'effectuant plus directement dans les fonctions de cadres. A ce titre, il est important de garder en mémoire la question du vivier de recrutement. Ainsi, la proportion de femmes diplômées des écoles de la plupart des métiers de niveau 5 est très élevée (91% de femmes en 2010 pour les aides-soignant-e-s, 99% pour les auxiliaires de puériculture, et à contrario seulement 33% pour les brancardier-ière-s). Il en va de même pour certains métiers de niveau 3 (85% des IDE sont des femmes et 93% des « sages-femmes »)¹⁶. A l'inverse, selon l'INSEE, 41,9% des médecins en 2013 en France sont des femmes¹⁷. Ces réalités, qui contraignent les recrutements, expliquent en grande partie le phénomène de plafond de verre observé dans la branche.

D'autres facteurs peuvent toutefois venir s'ajouter à la question du vivier de recrutement. Il s'agit entre autres des freins dans les promotions professionnelles, où les femmes ont tendance à stagner dans les fonctions d'employé-e-s et de peu irriguer les rangs de TAM et de cadres ; des freins potentiellement nourris par les problématiques de conciliation des temps, avec des femmes prenant plus fréquemment un congé familial (maternité et congé parental d'éducation) que les hommes, situation encore parfois entravante pour leur projection en termes de carrière et pour leur repérage par certains encadrants ; etc.

Tableau 3 - Répartition des effectifs de femmes et d'hommes de l'échantillon en fonction de leur catégorie professionnelle et selon le secteur (%)

Sanitaire		Médico-social		Ensemble		
Catégorie professionnelle	F	Н	F	Н	F	Н
Employé-e-s	89%	11%	89%	11%	89%	11%
TAM	88%	12%	78%	22%	83%	17%
Cadres	67%	33%	70%	30%	69%	31%
Ensemble	87%	13%	85%	15%	86%	14%

Lecture : « 67% des cadres de l'échantillon travaillant dans le secteur Sanitaire sont des femmes, pour 33% d'hommes » ou encore « Le taux de féminisation des cadres du secteur Sanitaire est de 67% »

Le tableau ci-dessus nous indique que le « plafond de verre » serait plus important dans le secteur sanitaire où 33% des cadres du secteur sont des hommes, contre 30% dans le secteur médico-social.

Si l'on observe la part des femmes pour les principaux métiers de la branche, on note que les emplois les plus importants de la branche de niveau V sont sur féminisés par rapport à la moyenne de la branche. Ainsi, par exemple, selon le rapport de branche portant sur

Rapport final 30 décembre 2013 page 25/80

¹⁶ DREES, Enquête annuelle sur les écoles de formation aux professions de santé, 2010.

¹⁷ http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06102





l'emploi en 2009¹⁸, 93% des aide-soignant-e-s sont des femmes, 97% des agents de service hospitalier sont des femmes, 97% des agents de service hôtelier sont des femmes, 97% des aide médico-psychologiques sont des femmes, etc. En revanche, si l'on observe les métiers de l'encadrement comme les responsables d'établissement, la part de femme tombe à 76%.

Cette situation n'est pas propre à la branche de l'hospitalisation privée. Ainsi, dans la fonction publique hospitalière féminisée rappelons-le à 77% en 2009, 47,4% des médecins sont des hommes, alors que le personnel non médical est constitué à 80,1% de femmes.

Par ailleurs, en 2009, le taux de féminisation dans les emplois de direction de la fonction publique hospitalière, bien qu'élevé, reflète une forte spécialisation des femmes dans certaines filières. La fonction publique hospitalière, qui est la plus féminisée avec 55,1% de femmes parmi ses cadres, est également celle qui compte le plus de femmes dans ses emplois de direction : 40,2%. Cependant, cette féminisation cache d'importantes disparités : les femmes représentent 53% des chefs d'établissement membres du corps des directeurs d'établissement sanitaire social et médico-social, alors qu'elles ne sont que 16% parmi les chefs d'établissement membres du corps des directeurs d'hôpitaux. Aujourd'hui, 3 postes de directeur de centre hospitalier universitaire (CHU) sur 32 sont occupés par des femmes. En 2011, les emplois de direction de la fonction publique hospitalière se sont légèrement féminisés, ceux-ci étant cette année-là occupés pour 45,4% d'entre eux par des femmes²⁰.

Dans la même logique, on observe qu'en 2012, dans la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif, la part des femmes directrices d'établissement n'est que de 46% alors que les femmes représentent 75% des emplois de la branche. Toutefois cette situation évolue favorablement pour les femmes qui n'étaient que 38% à occuper de tels postes en 2007. Dans cette branche, cette évolution est notable pour tous les postes relevant de l'encadrement comme nous l'indique le graphique ci-après.

Rapport final 30 décembre 2013 page 26/80

¹⁸ CPNE-FP, Rapport de branche 2009, « La situation de l'emploi dans la branche de l'hospitalisation privée sanitaire et médico-sociale à statut commercial » http://www.cpne-fp.com/index.php?page=actualites

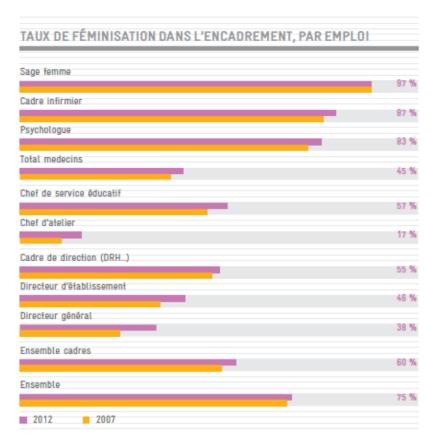
[&]quot;Rapport annuel sur l'état de la fonction publique », 2009-2010, Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat ; « L'égalité professionnelle homme - femme dans la fonction publique », rapport au Président de la République, Françoise Guégot, Députée de la Seine Maritime, janvier 2011 http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000123/

²⁰ « Les chiffres clés de la fonction publique 2013 », Ministère de la réforme de l'Etat, de la décentralisation et de la fonction publique. http://www.fonction-publique.gouv.fr/fonction-publique/fonction-publique-france-8





Graphique 10 - Taux de féminisation dans l'encadrement, par emploi, dans la branche sanitaire, social et médico-sociale à but non lucratif (source : Enquête emploi 2012 Unifaf²¹)



Malgré cette féminisation des postes d'encadrement, les femmes restent majoritaires parmi les emplois de niveau V de la branche, comme les aides-soignant-es et les aides médico-psychologiques (respectivement 91% et 84% de femmes, pour un taux de féminisation global de la branche de 75%).

Tableau 4 - Répartition des effectifs de femmes et d'hommes de l'échantillon selon leur catégorie professionnelle et la filière métiers (%)

Filières	Catégorie professionnelle		Н
	Employé-e/Ouvrier-ère	74%	26%
Filière administrative	TAM	78%	22%
	Cadre	65%	35%
	Employé-e/Ouvrier-ère	89%	11%
Filière générale	TAM	47%	53%
	Cadre	73%	27%
Filière soignante et	Employé-e-e/Ouvrier-ère	92%	8%
concourant aux soins	TAM	89%	11%
	Cadre	72%	28%
Population globale		86%	14%

Lecture : « 92% des Employé-e-s/Ouvriers-ières de l'échantillon travaillant dans la filière soignante et concourant aux soins sont des femmes, pour 8% d'hommes » ou encore « Le taux de féminisation des employé-e-s/Ouvriers-ières au sein de la filière soignante et concourant aux soins est de 92% »

Rapport final 30 décembre 2013 page 27/80

²¹ « Enquête emploi 2012 de la branche sanitaire et sociale à but non lucratif », Unifaf, mise en ligne le 05/03/2013 http://www.unifaf.fr/page.jsp?currentNodeld=48¤tPubld=14395





Il y a moins de femmes parmi les cadres de la filière administrative par rapport à la moyenne générale. Par ailleurs, les femmes sont sur représentées parmi les employé-e-s/ouvrier-ière-s de la filière soignante et concourant aux soins.

Tableau 5 - Répartition des salarié-e-s femmes et hommes de l'échantillon selon la filière et la catégorie professionnelle

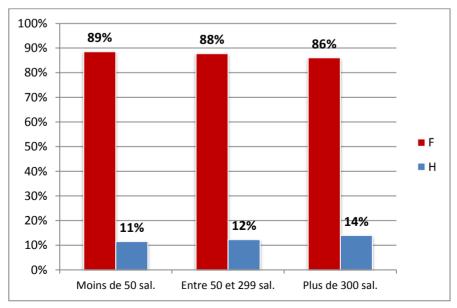
Filières	Filières Statut		Н
	Employé-e-e	4%	9%
Filière administrative	TAM	2%	4%
	Cadre	3%	8%
Ensemble de la filière		9%	21%
	Employé-e	37%	29%
Filière générale	TAM	1,5%	8%
	Cadre	0,5%	1%
Ensemble de la filière		39%	38%
	Employé-e-e	32%	16%
Filière soignante et concourant aux soins	TAM	15%	12%
Concounant aux soms	Cadre	5%	13%
Ensemble de la filière	52%	41%	
Population globale		100%	100%

Lecture : «32% des femmes de l'échantillon sont des employées de la filière soignante ou concourant aux soins » La filière administrative est davantage masculinisée que les autres, avec 21% des hommes de la branche, contre 9% des femmes de la branche.

La concentration des femmes est la plus importante dans la catégorie employé-e de la filière soignante et concourant aux soins, avec 32% des femmes.

3.2.7. La répartition femmes-hommes de l'effectif salarié de l'échantillon selon la taille de l'entreprise

Graphique 11 - Répartition des effectifs de femmes et d'hommes de l'échantillon selon la taille de leur entreprise (base 206 entreprises - 11 526 salarié-e-s)



Lecture : « 89% des salarié-e-s des entreprises de moins de 50 salarié-e-s sont des femmes » ou encore « Le taux de féminisation des entreprises de moins de 50 salarié-e-s est de 89% »

Rapport final 30 décembre 2013 page 28/80





Ainsi, à la lecture de ce graphique, nous voyons que plus l'entreprise est grande, moins elle est féminisée.

Tableau 6 - Répartition des effectifs de femmes et d'hommes de l'échantillon selon leur catégorie professionnelle et la taille de l'entreprise (%)

Taille	Catégorie professionnelle	F	Н
	Employé-e-e	90%	10%
Moins de 50 sal.	TAM	81%	19%
	Cadre	71%	29%
	Employé-e-e	89%	11%
Entre 50 et 299 sal.	TAM	83%	17%
	Cadre	74%	26%
	Employé-e-e	86%	14%
Plus de 300 sal.	TAM	86%	14%
	Cadre	58%	42%
Population globale		86%	14%

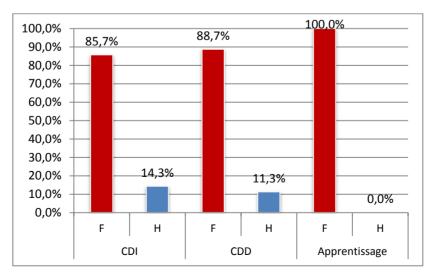
Lecture : « 58% des cadres de l'échantillon travaillant dans les entreprises de plus de 300 salarié-e-s sont des femmes » ou encore « Le taux de féminisation des cadres des entreprises de plus de 300 salarié-e-s est de 58%»

La règle « plus on monte dans la hiérarchie, plus la population se masculinise » se retrouve quand on détaille les catégories professionnelles par taille d'entreprise. Plus l'entreprise est grande (à plus de 300 salarié-e-s), plus cet effet « plafond et parois de verre » se vérifie. Par ailleurs, les entreprises ayant entre 50 et 299 salarié-e-s sont celles ayant proportionnellement le plus de femmes TAM et cadres.

3.3. La situation comparée femmes-hommes dans la branche de l'hospitalisation privée à caractère commercial en 2012

3.3.1. Le type de contrat des femmes et des hommes de l'échantillon

Graphique 12 - Répartition des effectifs de femmes et d'hommes de l'échantillon selon le type de contrat, en % (base 206 entreprises - 11 526 salarié-e-s)



Rapport final 30 décembre 2013 page 29/80





Sur l'échantillon global, 14% des salarié-e-s sont en CDD. Si l'on compare avec les données de la branche pour 2009, globalement, 83,7% des emplois sont des CDI et 16,3% des CDD²². La proportion de CDI parmi les emplois est ainsi légèrement plus basse que dans la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif et qu'au niveau national²³. En revanche, précisons qu'elle est plus élevée que celle observée dans le Rapport de Synthèse de l'Etude quantitative de l'Observatoire prospectif des emplois, des métiers et des qualification de la Branche de 2011, qui décompte seulement 8,1% des salarié-e-s en CDD²⁴. Ce dernier rapport précise que les CDD sont proportionnellement plus nombreux dans le secteur médico-social que dans le secteur sanitaire.

Les femmes sont sur représentées parmi les salarié-e-s en CDD. Ainsi, 88,7% des salarié-e-s en CDD sont des femmes, ce qui est une proportion supérieure à la part de femmes au sein de l'échantillon.

Dans la branche, les femmes en CDI représentent 85,3% des effectifs dans le secteur sanitaire et 86,8% dans le secteur médico-social²⁵.

Tableau 7 - Répartition femmes-hommes de l'échantillon par type de contrat selon la filière métiers et la catégorie professionnelle d'emploi

		Apprent	issage	CI	DD	CDI	
Filières	Catégorie professionnelle	F	Н	F	Н	F	Н
	Employé-e	100,0%	0,0%	84,9%	15,1%	72,7%	27,3%
Filière administrative	TAM	0,0%	0,0%	76,9%	23,1%	78,0%	22,0%
	Cadre	0,0%	0,0%	80,0%	20,0%	64,6%	35,4%
	Employé-e	0,0%	0,0%	89,8%	10,2%	88,6%	11,4%
Filière générale	TAM	0,0%	0,0%	57,1%	42,9%	46,6%	53,4%
	Cadre	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	73,0%	27,0%
	Employé-e	0,0%	0,0%	89,5%	10,5%	92,8%	7,2%
Filière soignante et concourant aux soins	TAM	100,0%	0,0%	88,1%	11,9%	88,8%	11,2%
	Cadre	0,0%	0,0%	77,8%	22,2%	71,2%	28,8%
Total général		100,0%	0,0%	88,7%	11,3%	85,7%	14,3%

Lecture : «88,6% des cadres en CDI de l'échantillon travaillant dans les entreprises de la filière générale sont des femmes» ou encore « Le taux de féminisation des cadres en CDI de la filière générale est de 88,6%»

Rapport final 30 décembre 2013 page 30/80

²² CPNE-FP Rapport de Branche 2009, « La situation de l'emploi dans la branche de l'hospitalisation privée sanitaire et médico-sociale à statut commercial ».

²³ « Enquête emploi 2012 de la branche sanitaire et sociale à but non lucratif », Unifaf, mise en ligne le 05/03/2013 http://www.unifaf.fr/page.jsp?currentNodeld=48¤tPubld=14395

[«] Chiffres-clés de l'égalité entre les femmes et les hommes », 2012, Ministère des droits des femmes http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/03/Chiffres-cl%C3%A9s_OK_bd_distiller21.pdf

²⁴ La comparaison est toutefois difficile à expliquer, le périmètre de la branche retenu n'étant pas le même dans les différentes études.

²⁵ CPNE-FP Rapport de Branche 2009, « La situation de l'emploi dans la branche de l'hospitalisation privée sanitaire et médico-sociale à statut commercial ».





Si l'on considère la répartition femmes-hommes selon le type de contrat et en prenant en compte la filière et la catégorie professionnelle, on observe que les femmes en CDD sont sur représentées parmi les catégories employé-e de la filière générale et de la filière soignante et concourant aux soins. Cette observation rejoint les études menées sur la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif, au sein de laquelle le taux de CDD est plus élevé parmi les emplois de niveau V et infra V, à l'exception du métier d'aide-soignant-e, qui sont les métiers les plus féminisés. Dans cette branche, la part de CDD est plus importante dans le secteur des personnes âgées, où se concentrent davantage de femmes, que dans le secteur sanitaire, qui compte une proportion plus importante d'hommes.

A l'inverse, les femmes sont sous représentées parmi les salarié-e-s TAM en CDI de la filière générale et parmi les cadres de la filière administrative.

Cette réalité s'explique en partie par une mobilité choisie des femmes pour certains métiers, comme les aides-soignantes et les IDE, qui préfèrent parfois ne pas s'engager sur un CDI au sein d'un établissement. En effet, la quasi absence de chômage pour ces métiers et les conditions d'emplois parfois difficiles, les incitent à être mobiles pour chercher de meilleures conditions d'emplois.

Tableau 8 - Répartition des effectifs de femmes et d'hommes de l'échantillon par taille selon la filière métiers et la catégorie professionnelle d'emploi

			Apprer	ntissage	CD	D	CI)I
Taille	Filières	CSP	F	Н	F	Н	F	Н
		Employé-e	0,0%	0,0%	84,2%	15,8%	60,0%	40,0%
	Filière administrative	TAM	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	73,6%	26,4%
		Cadre	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	81,8%	18,2%
		Employé-e	0,0%	0,0%	90,9%	9,1%	90,5%	9,5%
	Filière générale	TAM	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	37,9%	62,1%
Moins de 50		Cadre	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	57,1%	42,9%
	Filiàre seignante et	Employé-e	0,0%	0,0%	90,9%	9,1%	94,2%	5,8%
	Filière soignante et concourant aux soins	TAM	0,0%	0,0%	81,1%	18,9%	91,5%	8,5%
	concourant dux soms	Cadre	0,0%	0,0%	69,2%	30,8%	70,2%	29,8%
	Total général		0,0%	0,0%	89,3%	10,7%	88,4%	11,6%
		Employé-e	0,0%	0,0%	87,0%	13,0%	72,5%	27,5%
	Filière administrative	TAM	0,0%	0,0%	76,9%	23,1%	81,8%	18,2%
		Cadre	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	81,5%	18,5%
		Employé-e	0,0%	0,0%	89,5%	10,5%	88,5%	11,5%
50 } 200	Filière générale	TAM	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	49,7%	50,3%
50 à 299		Cadre	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	81,5%	18,5%
		Employé-e	0,0%	0,0%	88,6%	11,4%	92,6%	7,4%
	Filière soignante et concourant aux soins	TAM	0,0%	0,0%	91,2%	8,8%	87,6%	12,4%
	Concourant aux soins	Cadre	0,0%	0,0%	81,8%	18,2%	72,4%	27,6%
	Total général		0,0%	0,0%	89,1%	10,9%	87,5%	12,5%
		Employé-e	0,0%	0,0%	75,0%	25,0%	92,2%	7,8%
300 et plus	Filière administrative	TAM	0,0%	0,0%	70,0%	30,0%	76,6%	23,4%
		Cadre	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	58,7%	41,3%

Rapport final 30 décembre 2013 page 31/80





			Appren	tissage	CD	D	CI	Ol
Taille	Filières	CSP	F	Н	F	Н	F	Н
		Employé-e	0,0%	0,0%	80,0%	20,0%	63,5%	36,5%
Fi	Filière générale	TAM	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%
		Cadre	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	66,7%
	Filière soignante et	Employé-e	0,0%	0,0%	92,9%	7,1%	89,8%	10,2%
	concourant aux soins	TAM	0,0%	0,0%	77,8%	22,2%	89,9%	10,1%
		Cadre	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	52,9%	47,1%
	Total général		0,0%	0,0%	88,4%	11,6%	85,8%	14,2%

Lecture : «100% des cadres en CDD de l'échantillon travaillant dans la filière soignante et concourant aux soins au sein des entreprises de plus de 300 salarié-e-s sont des femmes» ou encore « Le taux de féminisation des cadres en CDD de la filière soignante et concourant aux soins des entreprises de plus de 300 salarié-e-s est de 100%»

Plusieurs éléments ressortent de ce tableau. Tout d'abord, 100% des cadres en CDD de la filière administrative dans les entreprises de 50 à 299 salarié-e-s et des cadres en CDD de la filière soignante et concourant aux soins dans les entreprises de 300 salarié-e-s et plus sont des femmes. Elles sont donc ainsi sur représentées dans ces catégories. A l'inverse, la seule catégorie où les hommes cadres en CDD sont sur représentés sont ceux de la filière soignante et concourant aux soins dans les entreprises de moins de 50 salarié-e-s.

A l'inverse les hommes sont sur représentés dans les CDI, notamment pour les catégories suivantes : les TAM de la filière générale des entreprises de moins de 50 salarié-e-s, les TAM de la filière générale des entreprises de 50 à 299 salarié-e-s, les cadres de la filière soignante et concourant aux soins des entreprises de 300 salarié-e-s et plus.

3.3.2. L'âge des femmes et des hommes dans la branche: une population de la branche majoritairement féminine et de moins de 36 ans

Tableau 9 - Répartition des effectifs de femmes et d'hommes de l'échantillon par tranche d'âge selon la filière métiers et la catégorie professionnelle d'emploi (%)

		< 26 ans	S	26 - 35 ans	5	36 - 4	0 ans	41 - 4	5 ans	45 - 5 ans	50	46 - 50	0 ans	51 - 5	5 ans	56 - 60) ans	> 60 a	ns	Total génér al
Filièr es	CSP	F	Н	F	Н	F	Н	F	Н	F	Н	F	Н	F	Н	F	Н	F	Н	
Adm	E/O	12,9	3,3	15,0	3,7	10,7	2,5	11,1	3,7	2,8	0,2	6,9%	3,3	7,9	4,4	6,5	3,9	0,5	0,7	100
inistr	TAM	7,4	1,1	25,7	6,3	9,2	2,2	12,9	2,6	1,1	0,0	7,0%	4,8	7,4	3,3	6,3	1,8	1,1	0,0	100
ative	Ca	3,6	2,6	14,6	8,1	10,7	5,5	10,4	4,2	0,0	0,0	11,7	4,4	8,3	5,2	3,6	3,4	1,8	1,8	100
Géné	E/O	14,9	2,3	19,3	3,0	12,1	1,3	12,7	1,1	0,3	0,2	11,8	1,2	9,8	0,9	6,5	0,9	1,5	0,1	100
rale	TAM	1,3	0,4	11,4	13, 2	3,9	8,8	11,0	12, 3	0,4	0,0	6,1	7,5	7,9	6,6	2,2	4,4	2,6	0,0	100
	С	0,0	0,0	16,2	2,7	13,5	5,4	8,1	0,0	0,0	0,0	8,1	5,4	8,1	8,1	18,9	5,4	0,0	0,0	100
Soig nant	E/O	11,9	0,9	24,1	1,7	12,4	1,0	12,0	1,2	2,3	0,1	10,1	0,8	10,7	0,9	7,4	0,7	1,5	0,2	100
e et conc	TAM	12,4	1,3	27,9	3,3	9,4	1,3	7,7	1,3	1,1	0,3	8,6	1,0	9,4	0,7	8,6	1,4	3,6	0,7	100
oura nt aux soins	С	1,7	0,1	20,4	1,5	10,1	2,0	8,5	2,0	0,3	0,7	8,8	3,5	11,1	5,6	7,3	5,3	3,3	7,9	100
Total g	énéral	11,8	1,6	21,7	3,0	11,3	1,7	11,3	1,7	1,1	0,2	10,2	1,6	9,8	1,7	7,0	1,5	1,9	0,8	100

Lecture : « 21,7% de l'effectif salarié de l'échantillon sont des femmes de 26 à 35 ans. »

Rapport final 30 décembre 2013 page 32/80





La plus forte concentration de population en termes d'âge se retrouve dans la tranche d'âge de 26 à 35 ans, où les femmes représentent 21,7% de l'effectif global de l'échantillon.

La population de la branche semble donc majoritairement féminine et concentrée sur les tranches d'âges inférieures à 36 ans. Ainsi, 33,5 % de la population sont des femmes de moins de 36 ans. Si on ajoute les hommes, les moins de 36 ans représentent 38,1% de l'échantillon.

La seconde concentration de l'effectif se trouve parmi la population féminine de 51 à 60 ans qui représente 16,8% de l'effectif total de l'échantillon.

Si l'on observe les concentrations de population selon les filières et les catégories professionnelles, on observe qu'elles concernent essentiellement les femmes de la filière soignante et concourant aux soins et les femmes TAM de la filière administrative de moins de 36 ans.

3.3.3. Le temps de travail des femmes et des hommes de l'échantillon

27%

☑ Temps plein
☑ Temps partiel

Graphique 13 - Répartition de l'effectif de salarié-e-s de l'échantillon selon le temps de travail

Au sein de l'échantillon, 73% des salarié-e-s travaillent à temps plein et 27% à temps partiel.

Ces proportions sont très similaires de celles de la branche dans son ensemble qui compte 73,7% de salarié-e-s à temps plein et 26,3% à temps partiel²⁶.

Notons, à titre comparatif, que ces proportions sont bien supérieures à ce qui prévaut pour l'ensemble des salarié-e-s en France métropolitaine qui ne sont que 18,6% à travailler à temps partiel.

Dans la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif, les salarié-e-s en CDI à temps partiel sont 23%, ce qui est inférieur à ce qui prévaut dans la branche de

Rapport final 30 décembre 2013 page 33/80

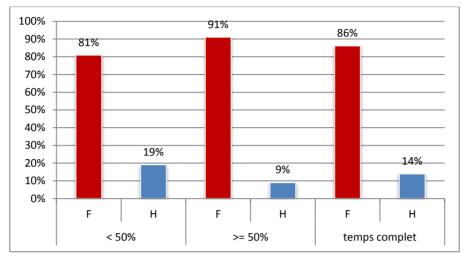
²⁶ CPNE-FP Rapport de Branche 2009, « La situation de l'emploi dans la branche de l'hospitalisation privée sanitaire et médico-sociale à statut commercial ». Précisons, que selon le Rapport de synthèse de l'Etude qualitative de l'Observatoire prospectif des emplois, des métiers et des qualifications de la branche de 2011, la proportion de salarié-e-s à temps partiel est inférieure à celle observée dans cette étude et à celle observée en 2009 (19%). Par ailleurs, cette étude met en relief le fait qu'il y a davantage salarié-e-s de temps partiels dans le secteur médico-social que dans le secteur sanitaire. Toutefois, le périmètre de l'étude de 2011 n'étant pas le même que celui retenue dans la présente étude, ces comparaisons ne sont mentionnées ici qu'à titre indicatif.



l'hospitalisation privée²⁷.

Dans la fonction publique hospitalière, la part des femmes en temps partiel est, tous statuts confondus, de 22,2%²⁸.

Graphique 14 - Répartition des effectifs de femmes et d'hommes de l'échantillon selon le temps de travail (base 206 entreprises - 11 526 salarié-e-s)



Lecture : «Parmi les personnes étant en temps partiel inférieur à 50% du temps complet, 81% sont des femmes » Malgré une très forte féminisation des temps partiels au sein de l'échantillon, il n'y a pas de sur représentation des femmes dans les temps partiels, 80,5% d'entre elles étant à temps complet pour 80,6% des hommes.

Ainsi, 19,5% des femmes sont à temps partiel et 19,4% des hommes.

Il est intéressant de noter qu'au niveau national, 31% des femmes travaillent à temps partiel contre seulement 7% des hommes²⁹. Il y a donc bien ici une spécificité de la branche qui est le fait que les femmes sont moins à temps partiel qu'au niveau national alors que les hommes le sont davantage.

Si on observe les données de 2010 pour la fonction publique hospitalière, il s'avère que 24,6% des femmes travaillent à temps partiel, pour seulement 5,1% des hommes³⁰. Ce qui est encore une situation différente de celle de la branche de l'hospitalisation privée.

Rapport final 30 décembre 2013 page 34/80

²⁷ « Enquête emploi 2012 de la branche sanitaire et sociale à but non lucratif », Unifaf, mise en ligne le 05/03/2013 http://www.unifaf.fr/page.jsp?currentNodeld=48¤tPubld=14395

Sources: «Chiffres-clés de l'égalité entre les femmes et les hommes», 2012, Ministère des droits des femmes http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/03/Chiffres-cl%C3%A9s_OK_bd_distiller21.pdf; « Enquête emploi 2012 de la branche sanitaire et sociale à but non lucratif », Unifaf, mise en ligne le 05/03/2013 http://www.unifaf.fr/page.jsp?currentNodeld=48¤tPubld=14395; « L'égalité professionnelle homme - femme dans la fonction publique », rapport au Président de la République, Françoise Guégot, Députée de la Seine Maritime, janvier 2011 http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000123/

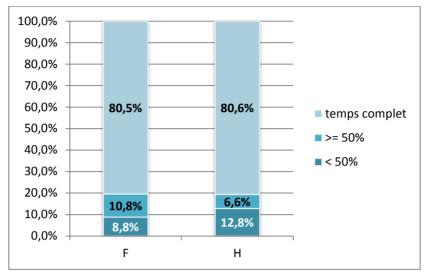
²⁹ Source : « Chiffres-clés de l'égalité entre les femmes et les hommes », 2012, Ministère des droits des femmes http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/03/Chiffres-cl%C3%A9s_OK_bd_distiller21.pdf

^{30 «} L'égalité professionnelle homme - femme dans la fonction publique », rapport au Président de la République, Françoise Guégot, Députée de la Seine Maritime, janvier 2011 http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000123/





Graphique 15 - Répartition des populations de femmes et d'hommes de l'échantillon selon la durée de travail (base 206 entreprises - 11 526 salarié-e-s)



Lecture : «10,8% des femmes de l'échantillon sont à temps partiel à plus de 50% du temps complet, contre 6,6% des hommes »

Ainsi, dans la branche de l'hospitalisation privée, la seule nuance d'importance se situe dans le type de temps partiel, les femmes ayant tendance à être davantage au sein des temps partiels à plus de 50% du temps complet (10,8% d'entre elles) et les hommes dans les temps partiels à moins de 50% (12,8% d'entre eux).

Tableau 10 - Répartition des effectifs de femmes et d'hommes de l'échantillon selon le temps de travail et la catégorie professionnelle (ensemble des secteurs)

CSP	< 5	0%	>= 5	50%	temps complet		
	F H		F	Н	F	Н	
Employé	88,8%	11,2%	93,2%	6,8%	89,0%	11,0%	
TAM	89,1%	89,1% 10,9%		6,5%	80,3%	19,7%	
Cadre	63,7%	36,3%	75,3%	24,7%	71,0%	29,0%	
Total	80,8%	19,2%	91,0%	9,0%	86,1%	13,9%	

Lecture: «36,3% des cadres travaillant sur un temps partiel inférieur à 50% du temps complet sont des hommes» Ce tableau permet d'approfondir l'analyse des temps de travail des hommes et des femmes. Ainsi, on observe que le fait que les hommes soient davantage à temps partiel inférieur à 50% s'explique par la sur représentation des hommes cadres dans cette situation. En effet, 36,3% des cadres à temps partiels inférieurs à 50% sont des hommes.

Par ailleurs, parmi l'ensemble de la population de cadres, 10,7% sont des hommes à temps partiel inférieur à 50%.

Tableau 11 - Répartition des effectifs de femmes et d'hommes, selon le temps de travail et la catégorie professionnelle dans le <u>secteur médico-social</u>

CSP	< 5	0%	>= 5	50%	temps complet		
	F	Н	F	Н	F	Н	
Employé	88,6%	11,4%	93,3%	6,7%	89,1%	10,9%	
TAM	89,3% 10,7%		96,4% 3,6%		74,5%	25,5%	
Cadre	66,0% 34,0%		86,4%	13,6%	71,0%	29,0%	
Total	81,1%	18,9%	93,2%	6,8%	85,9%	14,1%	

Lecture : «34% des cadres du secteur médico-social travaillant sur un temps partiel inférieur à 50% du temps complet sont des hommes »

En observant la situation qui prévaut dans le secteur médico-social, on retrouve une

Rapport final 30 décembre 2013 page 35/80





proportion importante d'hommes à temps partiel inférieur à 50%.

On retrouve cette situation dans la branche du sanitaire, social et médico-social à but non lucratif où les cadres ont des modalités de travail recouvrant du temps partagé entre différents établissements d'un même employeur ou entre plusieurs employeurs³¹. Certaines professions, comme les médecins, peuvent exercer en parallèle en libéral. Ces professions sont celles qui sont proportionnellement davantage exercées par des hommes.

Ainsi, il est intéressant de noter que dans cette branche, les médecins psychiatres ou psychologues, par exemple sont à temps partiel pour respectivement 85% et 74% d'entre eux, alors que les aides médico-psychologiques ne sont à temps partiel que pour 11% d'entre eux/elles.

Tableau 12 - Répartition des effectifs de femmes et d'hommes, selon le temps de travail et la catégorie professionnelle dans <u>le secteur sanitaire</u>

CSP	< 5	0%	>= 5	50%	temps complet		
	F	Н	F	Н	F	Н	
Employé	89,6%	10,4%	93,1% 6,9%		88,5%	11,5%	
TAM	88,9%	88,9% 11,1%		7,8%	86,7%	13,3%	
Cadre	58,0%	42,0%	70,6%	29,4%	70,9%	29,1%	
Total	80,3%	19,7%	88,6%	11,4%	86,7%	13,3%	

Lecture : «42% des cadres du secteur médico-social travaillant sur un temps partiel inférieur à 50% du temps complet sont des hommes »

La réalité exposée ci-dessus est encore plus marquée pour le secteur sanitaire, où 42% des cadres à temps partiel inférieur à 50% sont des hommes.

En observant les proportions de salarié-e-s cadres à temps partiel selon le sexe et le type de contrat, on note que la proportion d'hommes à temps partiel inférieur à 50% est plus importante pour les hommes en CDI que pour les hommes en CDD de la filière soignante et concourant aux soins, en particulier (36,9% contre 21,1%). Cela vient confirmer l'hypothèse exposée ci-dessus. Cette caractéristique du temps partiel des hommes n'est pas l'image renvoyée par une précarité de l'emploi, mais définie par des modalités spécifiques d'exercer certains métiers.

En revanche, en ce qui concerne les concentrations de temps partiel inférieurs à 50%, on observe qu'elles sont maximales pour les femmes en CDD employées/ouvrières et TAM de la filière soignante et concourant aux soins. Si une partie de ces temps partiels peut être subi, comme c'est le cas dans d'autres professions, il faut souligner ici, comme dans le cas des CDD, l'existence de temps partiels choisi comme cela a été évoqué à plusieurs reprises dans les entretiens, notamment pour permettre une meilleure conciliation des temps de vie professionnelle et privée, les femmes ayant encore davantage à charge la gestion de la vie familiale.

Rapport final 30 décembre 2013 page 36/80

^{31 «} Enquête emploi 2012 de la branche sanitaire et sociale à but non lucratif », Unifaf, mise en ligne le 05/03/2013 http://www.unifaf.fr/page.jsp?currentNodeld=48¤tPubld=14395





3.3.4. L'ancienneté des femmes et des hommes de l'échantillon : des premiers indices de l'existence d'un « turn over » des effectifs les plus jeunes, impactant logiquement davantage les femmes, celles-ci représentant les principaux effectifs

Tableau 13 - Répartition des effectifs de femmes et d'hommes de l'échantillon par tranche d'ancienneté

Ancienneté	F	Н	Ensemble
< 5 ans	62,3%	67,2%	63,0%
5 à 9 ans	20,4%	20,5%	20,4%
10 à 14 ans	7,8%	6,4%	7,7%
15 à 19 ans	4,9%	3,0%	4,7%
20 à 24 ans	2,7%	1,9%	2,6%
25 à 29 ans	0,8%	0,5%	0,7%
30 à 34 ans	0,6%	0,2%	0,6%
35 ans et plus	0,5%	0,3%	0,4%
Ensemble	100%	100%	100%

Lecture : « 62,3% des femmes ont une ancienneté de moins de 5 ans dans leur structure actuelle »

Les effectifs se concentrent sur la catégorie des moins de 5 ans d'ancienneté (63% des effectifs globaux), indiquant à la fois un fort turn over dans la branche, mais aussi le caractère « néo-arrivants » dans une structure de bon nombre de salarié-e-s, qui travaillaient déjà dans la branche auparavant. Ces chiffres sont également à mettre en regard avec le fait que près de 50% des effectifs ont moins de 36 ans. Par ailleurs, on n'observe que peu de différence entre les femmes et les hommes sur ce point.

Précisons que ces proportions sont très supérieures à celle constatées dans le Rapport de Synthèse de l'Etude quantitative de l'Observatoire prospectif des emplois, des métiers et des qualifications de la Branche de 2011. Dans ce rapport, les salarié-e-s ayant moins de 4 ans d'ancienneté ne représentent que 54% des effectifs et ceux ayant de 9 ans et moins d'ancienneté 71% contre 83,4% dans la présente enquête.

Tableau 14 - Répartition femmes-hommes de l'échantillon par tranche d'ancienneté

Ancienneté	F	Н	Total
< 5 ans	85,5%	14,5%	100%
5 à 9 ans	86,3%	13,7%	100%
10 à 14 ans	88,5%	11,5%	100%
15 à 19 ans	91,3%	8,7%	100%
20 à 24 ans	90,0%	10,0%	100%
25 à 29 ans	91,4%	8,6%	100%
30 à 34 ans	95,5%	4,5%	100%
35 ans et plus	92,0%	8,0%	100%

Lecture : « 95,5% des salarié-e-s qui ont une ancienneté comprise entre 30 et 34 ans au sein de leur structure actuelle sont des femmes »

La féminisation progressive au fur-et-mesure de l'ancienneté indique le caractère durable et stable d'un nombre réduit d'emplois féminins, en sachant que ces tranches d'âges élevés ne représentent plus que de faibles pourcentages des effectifs. Ces chiffres peuvent aussi être le reflet de l'évolution de la féminisation des établissements de la branche, les nouvelles générations de professionnel-le-es étant un peu moins féminisées.

Rapport final 30 décembre 2013 page 37/80





Tableau 1 - Répartition des effectifs de femmes et d'hommes de l'échantillon par tranche d'ancienneté, selon le secteur

		SANITAIRE		M	IEDICO-SOCI	AL	Echantillon global			
Ancienneté	F	Н	Ensemble	F	Н	Ensemble	F	Н	Ensemble	
< 5 ans	54,3%	59,8%	55,0%	65,3%	69,8%	65,9%	62,3%	67,2%	63,0%	
5 à 9 ans	22,4%	23,7%	22,5%	19,6%	19,5%	19,6%	20,4%	20,5%	20,4%	
10 à 14 ans	5,6%	5,9%	5,6%	8,7%	6,6%	8,4%	7,8%	6,4%	7,7%	
15 à 19 ans	7,8%	4,3%	7,3%	3,8%	2,5%	3,7%	4,9%	3,0%	4,7%	
20 à 24 ans	4,3%	3,6%	4,2%	2,1%	1,3%	2,0%	2,7%	1,9%	2,6%	
25 à 29 ans	2,3%	1,3%	2,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,8%	0,5%	0,7%	
30 à 34 ans	2,0%	0,8%	1,9%	0,1%	0,0%	0,1%	0,6%	0,2%	0,6%	
35 ans et plus	1,4%	0,8%	1,3%	0,1%	0,1%	0,1%	0,5%	0,3%	0,4%	
Ensemble	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Lecture : « 7,8% des femmes du secteur Sanitaire ont une ancienneté comprise entre 15 et 19 ans au sein de leur structure actuelle »

Le secteur sanitaire regroupe des effectifs avec davantage d'ancienneté. Les salarié-e-s ayant 5 à 9 ans d'ancienneté dans leur structure actuelle y sont davantage représenté-e-s (22,5% des effectifs), en particulier les hommes (23,7% d'entre eux, pour 22,4% des femmes). A noter une concentration significative de femmes sur les tranches de 15 à 19 ans d'ancienneté (7,8% d'entre elles) au sein du secteur sanitaire.

Le secteur médico-social voit pour sa part ses effectifs se concentrer sur les moins de 5 ans d'ancienneté dans des proportions plus élevées, avec 65,6% de salarié-e-s ayant cette ancienneté. Les hommes y sont d'ailleurs pour une part plus grande d'entre eux encore (69,8%, alors que les femmes y sont pour 65,3% d'entre elles).

Ces différences entre les secteurs sanitaire et médico-social sont conformes à celles observées dans le Rapport de Synthèse de l'Etude quantitative de l'Observatoire de la Branche de 2011.

Tableau 2 - Répartition femmes-hommes de l'échantillon par tranche d'ancienneté, selon le secteur

	N	/loins de	50		50 à 29	99		300 et p	lus	Echantillon globale		
Ancienneté	F	Н	Ensemble	F	Н	Ensemble	F	Н	Ensemble	F	Н	Ensemble
< 5 ans	67,5%	53,2%	65,0%	61,1%	66,4%	61,8%	52,4%	57,4%	53,4%	62,3%	67,2%	63,0%
5 à 9 ans	17,1%	13,7%	16,5%	54,1%	20,6%	22,1%	14,5%	23,7%	16,4%	20,4%	20,5%	20,4%
10 à 14 ans	8,8%	3,4%	7,9%	18,6%	6,8%	7,6%	5,4%	8,3%	6,0%	7,8%	6,4%	7,7%
15 à 19 ans	4,3%	1,3%	3,8%	10,8%	3,1%	4,3%	12,4%	5,3%	10,9%	4,9%	3,0%	4,7%
20 à 24 ans	1,2%	27,8%	5,8%	7,1%	2,4%	2,9%	6,0%	3,0%	5,4%	2,7%	1,9%	2,6%
25 à 29 ans	0,5%	0,2%	0,4%	1,4%	0,5%	0,6%	3,7%	0,6%	3,0%	0,8%	0,5%	0,7%
30 à 34 ans	0,3%	0,0%	0,2%	1,3%	0,2%	0,5%	3,1%	0,6%	2,6%	0,6%	0,2%	0,6%
35 ans et plus	0,3%	0,4%	0,3%	0,8%	0,0%	0,3%	2,6%	1,2%	2,3%	0,5%	0,3%	0,4%
Ensemble	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Lecture : « 8,8% des femmes qui travaillent dans une entreprise de moins de 50 salarié-e-s comprise entre 10 et 14ans au sein de leur structure actuelle »

Rapport final 30 décembre 2013 page 38/80





Plus l'établissement est grand, plus la part des effectifs ayant moins de 5 ans d'ancienneté diminue (65% dans les établissements de moins de 50 salarié-e-s, contre 53,4% dans les établissements de 300 salarié-e-s et plus).

A l'inverse, plus l'établissement est grand, plus la part de l'effectif ayant davantage d'ancienneté est importante.

Il n'y a pas de régularité en ce qui concerne de potentielles différences entre les femmes et les hommes. Notons tout de même que 67,5% des femmes qui travaillent dans des établissements de moins de 50 salarié-e-s ont moins de 5 ans d'ancienneté, contre seulement 53,2% des hommes.

Si l'on prend en compte la catégorie professionnelle et la filière, on observe que la majorité des femmes qui ont moins de 5 ans d'ancienneté à leur poste sont des employées des filières soignantes et concourant aux soins et générale (respectivement 31% et 38,2%). Ainsi, ce sont les femmes les moins qualifiées de ces filières qui ont le moins d'ancienneté sur leur poste, ce qui peut indiquer en partie une forme de précarité de cette catégorie de salarié-e-s, mais surtout comme nous l'avons évoqué plus haut, une tendance à une mobilité choisie importante.

Parmi les hommes qui ont moins de 5 ans d'ancienneté se retrouvent les employés de la filière générale (38,4%), mais aussi les cadres de la filière soignante et concourant aux soins (11,5%, contre 6% des femmes), ce qui laisse penser à des conditions d'emplois différenciées.

En observant plus en détail ces répartitions, il s'avère que la majorité des femmes ayant moins de 5 ans d'ancienneté sont des employées de la filière soignante et concourant aux soins et de la filière générale du secteur médico-social (respectivement 21,9% et 36,6%).

En ce qui concerne les cadres, les hommes ont plus souvent davantage d'ancienneté que les femmes, dans les deux filières.

Si l'on prend à présent en compte le type de contrat de travail, on observe que les salariée-s en CDD ont moins d'ancienneté que les autres et se concentrent sur la catégorie des moins de 5 ans d'ancienneté. Toutefois, parmi les salarié-e-s en CDI, la majorité a également moins de 5 ans d'ancienneté que ce soient des femmes ou des hommes, et quelle que soit la catégorie professionnelle. A noter toutefois, que les femmes en CDI ont plus souvent moins de 5 ans d'ancienneté que les hommes.

Ainsi, il semble bien que l'emploi féminin de la branche comporte des « zones d'instabilité », tout du moins de turn over, voire de précarité dans certains cas, notamment pour les femmes employé-e-s des filières soignantes et concourant aux soins et générale. De la même manière, les femmes ont moins d'ancienneté que les hommes en général, y compris parmi les cadres, ce qui peut venir compléter l'analyse menée plus haut sur l'existence d'un phénomène de « plafond de verre ».

Comme nous l'avons vu et le verrons, dans plusieurs autres sous-parties, comme celles consacrées au temps de travail, au type de contrat et aux démissions, la problématique du temps partiel et du CDD peut être « choisie » pour certains types de salarié-e-s (Aidessoignant-e-s et IDE notamment) et n'est donc pas nécessairement liée à une précarité, mais à des possibilités de choix de ces personnes, compte tenu d'un marché du travail très favorable, de ne pas se lier par un CDI avec un employeur, d'autant plus si la personne est jeune, sans enfants et estimant que les conditions de travail et d'emploi proposées par sa structure ne sont pas satisfaisantes (hypothèse d'ailleurs étayée par les dires de certain-e-

Rapport final 30 décembre 2013 page 39/80





s durant les entretiens).

Pour mettre en relief cette analyse, nous nous référons ici à l'étude menée par l'Observatoire de la branche de l'hospitalisation privée et le Céreq sur le parcours professionnel des aides-soignant-e-s et des infirmiers-ières³². Selon cette étude, « les individus formés pour devenir infirmier ou aide-soignant passent la quasi-totalité de leur temps de présence sur le marché du travail en emploi (98% pour les premiers et 95% pour les seconds) ». Ainsi, il faut souligner que la situation de chômage est rare.

En ce qui concerne le nombre d'emplois occupé par les infirmiers-ières, près de la moitié d'entre eux n'a connu qu'un seul employeur en 7 années de vie professionnelle après leur formation et un quart d'entre eux a connu deux emplois. Les fortes mobilités ne concernent que 10% des infirmiers.

La situation des aides-soignant-e-s est comparable, puisque 58% n'ont connu qu'un seul employeur et 83% ne sont allés que chez deux employeurs au maximum.

Si l'on prend en compte la qualité du contrat de travail, 78% des infirmiers-ières ont passé leurs 7 années d'emploi avec des CDI. Ce taux est de 71% pour les aides-soignant-e-s. Il faut toutefois souligner que pour ces derniers-ières, « un quart du temps en emploi se fait avec un contrat à durée déterminée, sachant qu'ils/elles ne s'engagent pas dans une activité libérale ».

En ce qui concerne l'entrée dans l'emploi, elle se fait majoritairement sous contrat à durée déterminée. Cela « est une norme que subissent également les individus formés dans le domaine de la santé à ces niveaux de formation comme les autres sortants de formation, et ceci malgré aucune difficulté pour trouver un employeur ».

Un-e infirmier-ière sur deux accède à l'emploi avec un contrat de travail temporaire. Les infirmières semblent « désavantagées » par rapport aux infirmiers car elles débutent leur métier plus souvent avec ce type de contrat, situation oscillant entre choix et contrainte comme nous l'avons mentionné plus haut.

Les aides-soignant-e-s, comme les jeunes diplômés de l'enseignement secondaire, sont pour les deux tiers embauchés avec un CDD.

Cette réalité, puisque la moyenne d'âge des salarié-e-s des secteurs est jeune, laisse penser qu'elle est le résultat non pas d'un turn over important pour l'ensemble des salariés, mais, en particulier pour les aides soignantes, d'une entrée dans la profession se faisant dans une relative instabilité, si ce n'est précarité, en ce qui concerne les conditions d'emplois, même si globalement, pour le niveau d'étude de ces derniers-ières, les conditions d'emplois leurs sont plus favorables que celles qui prévalent dans d'autres professions. Rappelons aussi que le faible chômage pour certains métiers³³, notamment ceux d'aides-soignant-e-s et d'infirmier-ières, facilite également une certaines mobilité volontaire des salarié-e-s.

Rapport final 30 décembre 2013 page 40/80

Observatoire de l'Hospitalisation Privée et Céreq, Etude sur les trajectoires des jeunes interrogés lors de « l'enquête génération 2004 à 7 ans » exerçant la profession d'infirmier ou d'aide-soignant, novembre 2013.

³³ Il faut relativiser cette affirmation qui ne concerne pas de façon équivalente toutes les régions.





3.3.5. Les promotions : une part légèrement plus importante d'hommes que celle des femmes de l'échantillon ont connu une promotion durant l'année 2012

Tableau 3 - Part des femmes et des hommes de l'échantillon ayant connu une promotion durant l'année 2012

Pa	rt de promoti	on		
Filières	CSP	F	Н	Ensemble
	Employé-e	0,1%	0,1%	0,1%
Filière administrative	TAM	0,1%	0,4%	0,1%
	Cadre	0,4%	0,5%	0,4%
	Employé-e	0,5%	0,5%	0,5%
Filière générale	TAM	0,1%	0,7%	0,2%
	Cadre	0,1%	0,0%	0,0%
	Employé-e	0,7%	0,3%	0,6%
Filière soignante et concourant aux soins	TAM	0,2%	0,2%	0,2%
	Cadre	0,6%	0,9%	0,6%
Total général		2,7%	3,4%	2,8%

Lecture : « Les femmes cadres de la filière administrative ayant connu une promotion représentent 0,4% de l'ensemble des effectifs féminins de l'échantillon »

Bien que peu de personnes aient connu en 2012 une promotion (319 personnes soit 2,8% des effectifs globaux de l'échantillon), il est à noter que la proportion d'hommes ayant connu une promotion est légèrement plus importante que celle des femmes (3,4% des hommes contre, 2,7% des femmes). Ainsi, les hommes bénéficient proportionnellement davantage de promotion que leurs homologues féminins au sein de l'échantillon, en particulier les cadres de la filière soignante et concourant aux soins.

Rapport final 30 décembre 2013 page 41/80





3.3.6. Les arrêts (<u>attention</u>: ces données ne concernent que les 6 établissements « autonomes », c'est-à-dire 1 029 salarié-e-s au 31/12/2012, dont 904 femmes et 125 hommes)

Tableau 4 - Répartition des différents types d'arrêts en fonction des catégories de métiers et du sexe

Filières	CSP	Arrêt maladie (total : 387 arrêts)		(total : 387 arrêts)		(total : 387 maladie		adie	Accident du travail (39)		Jours accident de travail (total : 1314)		Jours congé parental d'éducation (total : 5080)		Jours congé mater- nité (5323)	Jours congé Pater- nité (33)	co Ado	ours ongé option (O)
		F	Н	F	Н	F	Н	F	Н	F	Н	F	Н	F	Н			
	E	6%	1%	3,4%	0,1%	0%	0%	7%	1%	7%	0%	1%	0%	0	0			
Administra- tive	Т	0%	0%	0,0%	0,0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%	0	0			
	С	1%	0%	0,4%	0,0%	0%	0%	0%	0%	0	0%	1%	0	0	0			
	E	4%	2%	5,9%	1,3%	3%	0%	4%	3%	0%	0%	5%	0%	0	0			
Générale	Т	0%	0%	0,0%	0,1%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	0			
	С	0%	0%	0,0%	0,0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0	0			
Soignante	E	57%	3%	54,1%	6,1%	72%	10%	54%	5%	56%	0%	29%	67%	0	0			
et concourant	T	25%	1%	27,7%	0,4%	13%	3%	20%	3%	37%	0%	64%	33%	0	0			
aux soins	С	1%	0%	0,5%	0,0%	0%	0%	1%	1%	0%	0%	0%	0%	0	0			
Total généra	nl	93%	7%	92,0%	8,0%	87%	13%	88%	12%	100 %	0%	100%	100%	0	0			

Lecture : « 93% des arrêts maladie ont été pris par des femmes ; 57% des arrêts maladie l'ont été par des femmes employées de la filière soignante et concourant aux soins »

a/ Les arrêts maladie : une sur représentation des femmes

Les femmes semblent davantage soumises à devoir poser des arrêts maladie, en particulier les femmes employées de la filière soignante et concourant aux soins (61% des arrêts maladie posés par des femmes l'ont été par des femmes employées de la filière soignante et concourant aux soins, alors qu'elles représentent 32% des effectifs globaux). Ainsi, au sein des établissements où ces données sont exploitables (6 autonomes), 93% des arrêts maladie ont été pris par des femmes, alors qu'elles représentent 85% de l'effectif global. Il y a bien là quelque chose qui pourrait se jouer par rapport à d'éventuelles plus fortes expositions à des arrêts maladie de la part des femmes.

b/ Les accidents de travail : les femmes employées de la filière soignante et concourant aux soins soumises à davantage de risques ?

Tout comme les arrêts maladie, les données ici présentées sont à prendre avec précaution et à comparer à l'avenir avec les données d'autres études de la branche relative aux arrêts maladie et accidents de travail, dans la mesure où celles-ci sont sexuées. Néanmoins, nous pouvons avancer qu'au sein des entreprises répondantes à cette question, les femmes employées de la filière soins représentent, dans des proportions plus grandes que leur part des effectifs globaux, le gros contingent des accidents de travail. 88% des accidents de travail ont été subis par des femmes durant l'année 2012, ce qui n'est que 3 points plus élevés que leur poids dans l'effectif global. Pour les employées de la filière soignante et concourant aux soins, alors qu'elles représentent 32% des effectifs globaux, elles pèsent 54% des accidents de travail, c'est-à-dire 22 points de plus. Elles semblent ainsi davantage

Rapport final 30 décembre 2013 page 42/80





soumises, sur cette année du moins, à des accidents sur leur lieu de travail que les autres catégories et que leurs homologues masculins, qui ne pèsent que 5% des accidents.

c/ Les congés familiaux : comme souvent dans d'autres branches, les femmes en prennent davantage que les hommes, en particulier les femmes employées et TAM de la filière soignante

Les hommes ayant pris un congé paternité ne sont que trois (parmi les 6 entreprises autonomes ayant renseigné cette information).

Aucun congé parental d'éducation n'a été pris par des hommes, ce qui est à peu près conforme aux taux actuels (97% des bénéficiaires du congé parental d'éducation en 2012 sont des femmes). Les femmes employées en particulier sont concernées durant l'année 2012 au sein des entreprises répondantes de la branche à cette question, notamment pour la filière soignante et concourant aux soins. En effet, elles représentent 56% des jours pris dans le cadre d'un congé parental d'éducation (alors qu'elles représentent 32% des effectifs globaux). Les TAM de la filière soins et concourant aux soins y sont aussi particulièrement concernés, celles-ci pesant 37% des jours pris de CPE. Cela est à relier à la fois à la jeunesse relative des employées de cette filière, mais aussi peut-être à une plus grande difficulté de certaines cadres à se rendre disponibles sur un temps long (soit par leur responsabilité, soit par le fait qu'elles n'aient pas de conjoint ou de co-parent, mais nous ne pouvons pas l'appuyer par les éléments de cette étude).

Pour le congé maternité, les employées et les TAM de la filière soins et concourant aux soins sont celles qui pèsent le plus en nombre de jours, avec cette fois-ci une prégnance des TAM.

3.3.7. Les « entrées / sorties » durant l'année 2012

a/ Entrées : des points de vigilance sur des recrutements d'employé-e-s très féminisées et des recrutements de cadres davantage masculinisés.

Le recrutement reste majoritairement féminin, dans des taux conformes à leur poids dans les effectifs en place, hormis dans certaines catégories de cadres ; par ailleurs, la part de CDD indique un grand turn over dans la branche.

Sur les 11 478 nouveaux contrats au sein de nos 206 établissements durant l'année 2012, 9183 sont des CDD (soit 78% des nouveaux contrats de l'année). Les entrées via des CDI (soit en nouvel arrivant, soit via un passage de CDD vers CDI) ne représentent que 21% des nouveaux contrats de l'année 2012. Ces proportions sont conformes à celle observées au sein du Rapport de Synthèse de l'Etude quantitative de l'Observatoire de la Branche de 2011. Dans ce rapport, il est à juste titre souligné que ces entrées massives en CDD sont supérieures à celles qui prévalent dans le secteur tertiaire (72% des embauches se réalisent en CDD). Il s'agit donc bien d'une spécificité de la branche.

Rapport final 30 décembre 2013 page 43/80





Tableau 5 - Répartition des effectifs « d'entrants » de l'année 2012 selon les métiers, le type de contrat signé et le sexe

		entrées Apprentissage			entrées CDD			er	Total effectif		
filière	CSP	F	Н	Sous- pop°	F	Н	Sous- pop°	F	Н	Sous- pop°	
F112	Empl.	1		1	192	74	266	65	28	93	360
Filière administrative	TAM			0	37	6	43	26	12	38	81
dummstrative	Cadre			0	12	5	17	41	26	67	84
Filière	Empl.			0	3513	551	4064	557	125	682	4746
générale	TAM			0	18	30	48	13	34	47	95
	Cadre			0	30	5	35			0	35
Filière	Empl.			0	2812	332	3144	866	84	950	4094
soignante et	TAM	2		2	1076	228	1304	463	76	539	1845
concourant aux soins	Cadre			0	156	106	262	109	37	146	408
Total général		3		3	7846	1337	9183	2009	401	2410	11748
Part des nouveau contrats globaux	Part des nouveaux contrats globaux		0%	0%	67%	11%	78%	17%	3%	21%	100%

Lecture : « 7846 contrats en CDD ont été signés par des femmes sur l'année 2012 au sein de notre échantillon »

Tableau 6 - Répartition des contrats signés en 2012 selon le métier, la filière et le sexe

		entrées Apprentissage			entrées CDD			en	Total général		
filière	CSP	F	Н	Sous- pop°	F	Н	Sous- pop°	F	Н	Sous- pop°	
	Employé-e	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%	0,6%	2,3%	0,6%	0,2%	0,8%	3,1%
Administrative	TAM	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,1%	0,4%	0,2%	0,1%	0,3%	0,7%
	Cadre	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,3%	0,2%	0,6%	0,7%
	Employé-e	0,0%	0,0%	0,0%	29,9%	4,7%	34,6%	4,7%	1,1%	5,8%	40,4%
Générale	TAM	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,3%	0,4%	0,1%	0,3%	0,4%	0,8%
	Cadre	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%
Soignante et	Employé-e	0,0%	0,0%	0,0%	23,9%	2,8%	26,8%	7,4%	0,7%	8,1%	34,8%
concourant	TAM	0,0%	0,0%	0,0%	9,2%	1,9%	11,1%	3,9%	0,6%	4,6%	15,7%
aux soins	Cadre	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	0,9%	2,2%	0,9%	0,3%	1,2%	3,5%
Total général		0,0%	0,0%	0,0%	66,8%	11,4%	78,2%	17,1%	3,4%	20,5%	100,0%

Lecture : « 29,9% des contrats signés l'ont été par des femmes employées de la filière générale sous la forme d'un CDD »

Rapport final 30 décembre 2013 page 44/80





Tableau 7 - Répartition femmes-hommes par métiers selon le type de contrat signé

		entrées Appre	entissage	entrée	es CDD	entré	es CDI
filière	CSP	F	Н	F	Н	F	Н
P111	Employé-e	100,0%	/	72,2%	27,8%	69,9%	30,1%
Filière administrative	TAM	/	/	86,0%	14,0%	68,4%	31,6%
administrative	Cadre	/	/	70,6%	29,4%	61,2%	38,8%
	Employé-e	/	/	86,4%	13,6%	81,7%	18,3%
Filière générale	TAM	/	/	37,5%	62,5%	27,7%	72,3%
	Cadre	/	/	85,7%	14,3%	/	/
Filière soignante et	Employé-e	/	/	89,4%	10,6%	91,2%	8,8%
concourant aux	TAM	100,0%	0,0%	82,5%	17,5%	85,9%	14,1%
soins	Cadre	/	/	59,5%	40,5%	74,7%	25,3%
Total général		100,0%	0,0%	85,4%	14,6%	83,4%	16,6%

Lecture : « 89,4% des CDD signés par des employé-e-s de la filière soignante et concourant aux soins l'ont été par des femmes, alors que 40,5% des CDD de cadres de la même filière l'ont été par hommes »

Si l'on détaille la répartition entre les femmes et les hommes par sous-catégories d'emplois, de filières métiers et de type de contrat, nous constatons des disparités par rapport à la référence de base (85% de femmes / 15% d'hommes). Ainsi, parmi les cadres, les entrées en CDI, mais surtout les entrées en CDD posent des questions en termes d'écart par rapport à ces répartitions de référence de la population mère. Les situations des cadres de la filière soignante et concourant aux soins sont remarquables : les femmes ne représentent plus que 59,5% des entrées de cadres en CDD (alors qu'elles pèsent 85,4% des entrées CDD globales) et les femmes de la filière administrative signant un CDI parmi les cadres ne représentent plus que 61,2% de cette catégorie « d'entrants », alors qu'elles pèsent 83,4% des signatures de CDI en général sur l'année. Cette situation des recrutements de cadres femmes est à mettre en lumière avec les recrutements d'employées. Ainsi, dans la filière soignante et concourant aux soins, celles-ci représentent une écrasante majorité des signatures de cette catégorie de l'année 2012 par rapport à leurs homologues masculins, ceux-ci ne pesant que 8,8% des signatures de CDI et 10,6% des CDD.

Ainsi, on note une très forte propension à recruter des femmes sur les catégories d'employé-e-s, en particulier dans les métiers du soin et concourant aux soins, avec un taux de masculinisation plus fort sur les catégories de cadres que sur celle des employé-e-s. C'est bien là aussi un des facteurs contribuant certainement aux effets de plafond de verre et de moindre rémunération des femmes, aspect sur lequel il faudra que la branche approfondisse les données et soit vigilante à l'avenir.

Les proportions de signatures de CDI dans la filière administrative tout poste confondu par des hommes sont plus fortes que leurs proportions équivalentes dans les CDD par rapport aux femmes. De même, les hommes ayant signé un CDI dans la catégorie TAM au sein de la filière générale représentent plus de 2/3 des signatures (72,3%, alors que leurs homologues féminines représentant 27,8% des CDI signés dans cette catégorie). Nous n'avons pas d'hypothèse particulière à ce sujet, mais il est à remarquer que c'est la seule catégorie de contrats signés où les hommes sont majoritaires.

Rapport final 30 décembre 2013 page 45/80





b/ Départs : une situation de vigilance quant aux démissions de femmes salariées de la filière soignante et concourant aux soins, signe d'une instabilité de certains emplois, oscillant entre conditions favorables du marché de l'emploi pour les salarié-e-s et contraintes

61% des départs enregistrés sont des démissions. Il s'agit là d'un taux élevé par rapport à ce qui prévaut au niveau national et comparable à ce qui prévaut dans le Rapport de Synthèse de l'Etude quantitative de l'Observatoire de la Branche de 2011. On observe par ailleurs qu'il y a davantage de licenciements dans le secteur médico-social que dans le secteur sanitaire.

Tableau 8 - Répartition des démissionnaires selon la filière, le métier, le secteur et le sexe (en %)

		Dér	nissions	(total sur	2012 : 8	35)					
			ENSEMB	LE	:	SANITAI	RE	MED	MEDICO-SOCIAL		
Filières	CSP	F	Н	Total	F	Н	Total	F	Н	Total	
	Employé-e	2%	5%	3%	1%	0%	1%	1%	5%	2%	
Administrative	TAM	1%	2%	1%	0%	0%	0%	1%	2%	1%	
	Cadre	2%	3%	2%	0	0%	0%	2%	3%	2%	
Total Filière Admini	istrative	6%	10%	6%	2%	0%	1%	4%	10%	5%	
	Employé-e	18%	15%	17%	0%	1%	0%	17%	13%	16%	
Générale	TAM	1%	5%	1%	1%	3%	1%	1%	4%	1%	
	Cadre	0%	1%	0%	1%	2%	1%	0%	1%	0%	
Total Filière Généra	ıle	19%	21%	19%	3%	12%	4%	18%	18%	18%	
Soignante et	Employé-e	43%	24%	40%	15%	18%	15%	32%	18%	30%	
concourant aux	TAM	27%	26%	26%	28%	35%	29%	12%	8%	11%	
soins	Cadre	7%	19%	9%	11%	5%	10%	4%	8%	5%	
=	Total Filière soignante et concourant aux soins		69%	75%	31%	38%	32%	48%	35%	46%	
Total général		100%	100%	100%	57%	64%	58%	69%	62%	68%	

Lecture : « 76% des femmes démissionnaires sont des salariées de la branche filière soignante et concourant aux soins ; 43% des femmes démissionnaires sont des employées de la filière soignante et concourant aux soins »

Concernant les démissions en général, 84% des démissionnaires de l'année 2012 sont des femmes au sein de notre échantillon. Par rapport à la répartition femmes/hommes de l'ensemble des effectifs de l'échantillon en emploi, la différence est minime (de 1 point). En revanche, quand nous rentrons dans le détail, de fortes disparités apparaissent. Ainsi, parmi les femmes démissionnaires, 43% sont des femmes employées de la filière soignante, alors que cette catégorie ne représente que 32% des emplois féminins de notre échantillon. Il y a bien un fossé spécifique pour cette catégorie. Les hommes employés de la filière soignante et concourant aux soins aussi sont dans une situation critique, ceux-ci représentant 24% des démissions masculines de l'année. Néanmoins, c'est dans des proportions moindres que les femmes, avec près de 20 points d'écarts. D'une manière générale, la filière soignante et concourant aux soins pèse pour 76% des démissionnaires femmes et 69% de ceux hommes durant l'année 2012, alors que leur poids relatifs dans les

Rapport final 30 décembre 2013 page 46/80





effectifs féminins et masculins en emploi dans l'échantillon sont respectivement de 52% des femmes et 41% des hommes. Cette situation est d'ailleurs plus prégnante pour le secteur sanitaire, celui-ci représentant 68% des démissions, alors qu'il pèse 37% des effectifs globaux.

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées, nourries par quelques données de l'enquête quantitative, mais aussi par les entretiens approfondis réalisés. Les employé-e-s de cette filière métiers, notamment les aides-soignant-e-s et les infirmier-ères, sont jeunes, d'autant plus les femmes. Jeunes et sans responsabilités familiales bien souvent. Ces salarié-e-s de moins de 30 ans connaîtraient selon les dires de plusieurs personnes rencontrées durant l'étude, des conditions de travail difficile, des trajets domicile-travail particulièrement longs dans les grandes agglomérations et des salaires assez réduits.

Ainsi, sans « attache », ils, et donc en particulier elles, seraient plus propices à démissionner d'un poste, d'un établissement « pour aller voir ailleurs », tenter de trouver des conditions de travail et de vie plus clémentes. Et les femmes étant plus nombreuses à être aides-soignantes et infirmières que leurs homologues masculins au sein des ces métiers d'employé-e-s, on peut aisément suggérer que ces facteurs amenant à la démission se posent avec d'autant plus d'acuité pour ces femmes. Ainsi, le marché du travail de ces métiers, plutôt favorables dans la plupart des régions françaises, contribuent à créer les conditions de possibilité de choix de quitter une structure estimée peu satisfaisante par les salarié-e-s.

c/ Licenciements : c'est la catégorie de femmes employé-e-s de la filière soignante et concourant aux soins qui semble la plus sensible

Tableau 9 - Répartitions femmes/hommes des salarié-e-s licencié-e-s selon leur catégorie professionnelle et leur filière de métiers (en %, ligne)

		Licencier	ments	Total
Filières	CSP	F	Н	Licenciements
	Employé-e	56%	44%	100%
Filière Administrative	TAM	67%	33%	100%
	Cadre	75%	25%	100%
Total Filière Administrative	(31)	66%	34%	100%
	Employé-e	84%	16%	100%
Filière Générale	TAM	25%	75%	100%
	Cadre	100%	0%	100%
Total Filière Générale	(148)	80%	20%	100%
	Employé-e	89%	11%	100%
Filière soignante et concourant aux soins	TAM	76%	24%	100%
	Cadre	67%	33%	100%
Total Filière soignante et concourant aux soins	(288)	84%	16%	100%
Total général	(375)	80%	20%	100%

Lecture : « Les salarié-e-s licencié-e-s dans la filière soignante et concourant aux soins sont pour 84% d'entre eux des femmes »

Les données concernant les licenciements sont un peu plus difficiles à analyser étant

Rapport final 30 décembre 2013 page 47/80





donné que l'effectif concerné est plus réduit que pour les données sur les démissions (375 licenciements). Néanmoins, quelques points sont à noter. Entre les trois filières métiers, celle soignante et concourant aux soins est la plus féminisée dans ces licenciements (84% de femmes parmi les licencié-e-s de cette filière) et la plus masculinisée est celle administrative (34% des licencié-e-s sont des hommes). Tout comme pour la filière générale, dans la filière soignante et concourant aux soins, les employé-e-s sont particulièrement concernées par les licenciements, en particulier les femmes (89% des employé-e-s licencié-e-s y sont des femmes). Les licenciements TAM et des employé-e-s de la filière administrative sont un peu plus masculinisés (respectivement 33% et 44% y sont des hommes), ainsi que les TAM et surtout les cadres de la filière soignante et concourant aux soins (24% et 33% d'hommes).

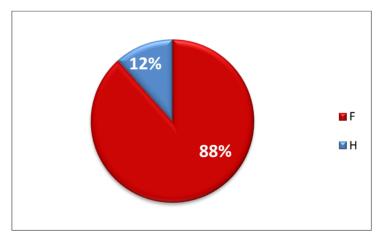
Ainsi, encore une fois, c'est la catégorie de femmes employé-e-s de la filière soignante et concourant aux soins qui semble la plus sensible en matière de licenciements.

d/ Retraites et fins de contrat : des données trop partielles, sur des effectifs trop restreints ou mal renseignées

Concernant les retraites, il n'est pas possible de décrire et interpréter de manière significative les données, celles-ci étant trop éparses et sur des effectifs trop restreints. Concernant les fins de contrats, il y a porosité entre la variable « autres » types de départs et « fin de contrat ». Ce qui rend difficilement exploitable les données. Néanmoins, sur les quelques fin de contrats fiables, les employé-e-s de la filière soignante et concourant aux soins semblent les plus concerné-e-s, en particulier les femmes.

3.3.8. Départs en formation en 2012 : une grande majorité de femmes, des proportions très proches de leur poids dans l'effectif global





88% des personnes parties en formation durant l'année 2012 au sein de notre échantillon sont des femmes et 12% des hommes. Ce sont 3 points de plus que la part des femmes dans les effectifs globaux et donc 3 points de moins concernant les hommes. Néanmoins, cette situation des départs en formation est comparable. Sur l'année 2012, la politique de formation semble favorable aux femmes. Ne pouvant détailler par sous-catégorie faute d'effectifs suffisants, nous ne pouvons pas procéder à des nuances significatives selon les catégories d'emploi et les filières métiers ou encore les secteurs, d'autant plus que seuls

Rapport final 30 décembre 2013 page 48/80

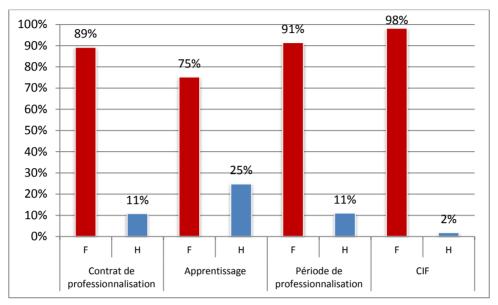




les départs des 200 établissements du groupe majoritaire ont été renseignés.

Concernant les types de formation pris, la répartition femmes-hommes par type est la suivante :

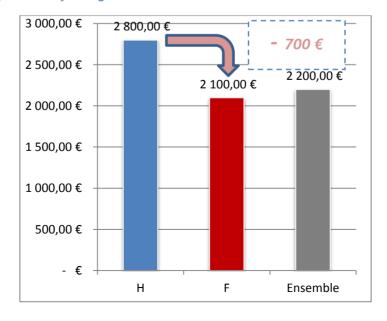
Graphique 17 - Répartitions femmes-hommes par type de formation pris durant l'année 2012 (%, données 200 établissements groupe majoritaire de l'échantillon)



A la lecture de ce graphique, nous constatons que les femmes sont particulièrement bien représentées au sein des différents types de formation, hormis pour l'apprentissage, où le taux de féminisation est plus faible que les autres (75% de femmes, contre 98% de femmes pour le CIF par exemple), comme bien souvent dans les différents secteurs d'activités en France.

3.3.9. La rémunération effective moyenne annuelle mensualisée : les femmes touchent en moyenne 700 € par mois de moins que les hommes (-25%), avec des situations sensibles des femmes cadres, en particulier de la filière soignante et concourant aux soins, et, dans une moindre mesure, des femmes employées

Graphique 18 - Moyenne générale de la rémunération annuelle mensualisée en 2012



Rapport final 30 décembre 2013 page 49/80





Avec le précédent graphique, nous constatons l'existence d'un écart de rémunération dans l'échantillon entre les femmes salariées et les hommes salariés, les femmes gagnant 700 € de moins que les hommes en moyenne en termes de rémunération moyenne brute versée annuelle au 31/12/2012 mensualisée (*la rémunération annuelle brute versée*, *avec heures supplémentaires*, <u>rapportée en ETP</u> via une formule). Ainsi, les femmes gagnent 2 100 € en moyenne par mois et les hommes 2 800 €.

Rappelons que, dans le champ des études sur l'égalité professionnelle entre femmes et hommes, il y a une tendance à identifier trois facteurs essentiels récurrents pour expliquer des écarts de salaires :

- Le 1^{er} effet résulte d'un écart n'ayant aucune justification. C'est un écart pur de rémunération constaté à poste, qualification, secteur et taille d'entreprise identique
- Le 2^{ème} effet est un écart résultant de l'inégalité des parcours (postes) et des secteurs, les postes et secteurs à prédominance féminine étant souvent moins valorisés
- Le 3^{ème} effet est un écart résultant de l'inégalité sur les temps de travail : les femmes travaillent plus à temps partiel que les hommes, ce qui n'est pas toujours un choix de leur part

Regardons les détails des données par taille, secteur et catégories d'emploi afin d'avancer des nuances et hypothèses propres à la branche selon les données de notre étude. Ces hypothèses seront à creuser par la branche dans des études ultérieures sur la base de ces premiers signes.

Tableau 10 - Tableau des écarts de rémunérations femmes-hommes par tailles, secteurs et catégorie d'emploi

Taille ETB	Activité	Filières	CSP	Effectifs			des re brutes	nne mer émunéra s annuel 2/2012 (ations les au	Ecarts femmes/hommes (Rf-Rh)/Rh
				F	Н	Total	F	Н	Total	
		F:1: \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	Е	6	3	9	2023	1857	1995	+9%
		Filière administrative	T	46	16	62	2374	2439	2390	-3%
	EHPAD	administrative	С	162	116	278	4139	4759	4398	-13%
		Filière générale	Т	1	/	1	2886	/	2886	/
		Filière administrative	Е	72	5	77	1663	2098	1698	-21%
300			T	10	2	12	2378	2282	2362	+4%
et		administrative	С	4	1	5	4060	3745	3997	+8%
plus		F:1: \	E	44	24	68	1552	1722	1615	-10%
·		Filière générale	T	1	/	1	2400	/	2400	/
	SANITAIRE	generale	С	1	2	3	5473	3337	4049	+64%
		Eiliàra	E	245	27	272	1746	1804	1754	-3%
		Filière soignante et	T	222	26	248	2340	2762	2388	-15%
		concourant aux soins	С	10	8	18	4240	4651	4422	-9%

Rapport final 30 décembre 2013 page 50/80





Taille ETB	Activité	Filières	CSP				Moyenne mensuelle des rémunérations brutes annuelles au 31/12/2012 (en €)			Ecarts femmes/hommes (Rf-Rh)/Rh
				F	Н	Total	F	Н	Total	
Total 300 et plus				824	230	1054	2448	3565	2695	-31%
	EHPAD	Filière administrative	E	132	87	219	1815	1896	1851	-4%
			Т	69	21	90	2247	2001	2191	+12%
			С	39	5	44	2757	2747	2756	0%
		Filière générale	Е	2464	272	2736	1739	1792	1745	-3%
			Т	75	69	144	2192	2454	2318	-11%
			С	22	4	26	2875	3225	2928	-11%
		Filière soignante et	E	1341	127	1468	1897	1926	1900	-2%
			Т	405	63	468	2643	2572	2632	+3%
50 à		concourant aux soins	С	212	62	274	3506	4924	3835	-29%
299			E	127	2	129	1723	1821	1725	-5%
		Filière	Т	31	2	33	2341	1902	2323	+23%
		administrative	С	17	7	24	2771	5054	3416	-45%
		Filière générale	Е	111	54	165	1704	1813	1739	-6%
	SANITAIRE		Т	4	11	15	2360	2400	2390	-2%
			С	/	1	1		2949	2949	/
		Filière soignante et concourant aux soins	E	730	51	781	1878	2000	1885	-6%
			Т	532	65	597	2524	2608	2536	-3%
			С	132	66	198	4699	5906	5105	-20%
Total 50	à 299	30113	-	6443	969	7412	2080	2594	2150	-20%
	W 233	Filière administrative	E	43	49	92	1756	1794	1777	-2%
			Т	39	18	57	2158	2045	2120	6%
			С	17	6	23	2590	3164	2740	-18%
			E	1037	93	1130	1705	1740	1708	-2%
	EHPAD	Filière générale	T	26	34	60	2134	2383	2278	-10%
		Timere generale	С	2	/	2	2826	/	2826	/
		Filière	E	641	41	682	1828	1778	1825	+3%
		soignante et concourant aux	T	174	16	190	2512	2409	2504	+4%
			С	105	43	148	3080	5287	3727	-42%
Moins de 50	SANITAIRE	Filière administrative	E	42	/	42	1695	/	1695	/
			T	17	1	18	2302	/	2302	/
			С	10	/	10	2629	/	2629	/
		Filière générale	E							
			T	37	19 7	56 7	1771	1783 2257	1775 2257	-1% -100%
			С	2	3	5	/	/	/	/
		Filière soignante et concourant aux soins	E	234	16	250	1782	1809	1784	-1%
			T	156	19	175	2448	2536	2457	-3%
			С	78	35	113	4065	5649	4616	-28%

Rapport final 30 décembre 2013 page 51/80





Taille ETB	Activité	Filières	CSP		Effectifs		Moyenne mensuelle des rémunérations brutes annuelles au 31/12/2012 (en €)			Ecarts femmes/hommes (Rf-Rh)/Rh
				F	Н	Total	F	Н	Total	
Total Moins de 50			2660	400	3060	1984	2635	2070	-25%	
Total général			9927	1599	11526	2100	2800	2200	-25%	

Rappelons que pour que les écarts de rémunération annuelle brute versée mensualisée soient significatifs entre femmes et hommes, il faut que l'effectif soit suffisant (en dessous de 20 individus concernés, aucune analyse n'est possible, au-delà de 100, la significativité est plus crédible).

Tout d'abord, **l'effet taille** : les entreprises de 50 à 299 salarié-e-s connaissent un moindre écart que les 50 salarié-e-s (respectivement -20% et -25%) et surtout que les plus de 300 salarié-e-s, particulièrement défavorables aux femmes en la matière (-31%).

Ensuite, concernant **les secteurs**: il n'y a pas de secteur qui concentre en particulier des mauvais scores en la matière en défaveur des femmes. Néanmoins, quelques écarts plus sensibles sont à noter, mais qui sont davantage à relier aux catégories de métiers. Les femmes cadres des entreprises de moins de 50 salarié-e-s du secteur médico-social sont particulièrement moins bien rémunérées que leurs homologues masculins: elles sont 105 cadres sur 148, soit plus des 2/3 de cette effectif, mais elles gagnent en moyenne 42% de moins que leurs collègues masculins. Dans une moindre mesure, les femmes cadres de la filière administrative des entreprises du sanitaire de 50 à 299 salarié-e-s sont également apparemment désavantagées: ainsi, alors qu'elles sont 17 cadres sur 24, elles gagnent 46% de moins par mois que leurs homologues masculins.

Concernant les catégories de métiers et de postes, comme nous venons de le voir, il y a donc quelques disparités en fonction du sexe dans certains postes de cadres, en défaveur des femmes. Ainsi, nous pouvons mentionner en plus la situation sensible des femmes cadres de la filière soignante et concourant aux soins, en particulier parmi les entreprises de 50 à 299 salarié-e-s du secteur médico-social, où bien que pesant 212 salarié-e-s sur 274 (soit 77% de ces cadres), elles gagnent en moyenne 29% de moins par mois. Les employé-e-s aussi semblent vivre des disparités de revenus assez significatives, mais dans de moindres mesures. Ainsi, alors qu'elles sont systématiquement plus nombreuses, l'écart moyen est quasiment toujours en leur défaveur (entre 1 et 21% de moins que leurs homologues masculins). Il n'y a que deux catégories d'employé-e-s où l'écart est au désavantage des hommes. Tout d'abord, ce sont les employé-e-s de la filière administrative des entreprises du médico-social de plus de 300 salarié-e-s (+9% en faveur des femmes), mais les effectifs sont trop peu nombreux pour pouvoir le considérer comme réellement significatif (9 personnes). Ensuite, et là cet écart est plus fiable, avec 682 salarié-e-s dans cette catégorie (641 femmes et 41 hommes), les femmes employées du médico-social de la filière soignante et concourant aux soins dans les entreprises de moins de 50 salarié-e-s gagnent en moyenne 3% de plus par mois que les hommes.

Ainsi, selon les données significativement exploitables de l'étude et les informations de la branche, il semblerait que les différentiels de rémunération (25% de moins en moyenne pour les femmes salariées) ne s'expliquent pas principalement par des écarts injustifiés au sein de postes comparables (c'est-à-dire, selon la typologie posée plus haut, sur le « 1^{er} effet »), mais bien plutôt par des effets de structures différenciés des conditions

Rapport final 30 décembre 2013 page 52/80





d'emploi et d'accès à l'emploi des femmes et des hommes (c'est-à-dire les « 2^{ème} » et « 3^{ème} effets »). Comme, entre autres, le fait que les femmes se polarisent sur des métiers moins rémunérateurs, avec une classification inférieure et que les proportions d'hommes progressent dans les métiers les mieux rémunérés, notamment dans certains postes de cadres. Il y a bien un enjeu de promotion de l'égalité professionnelle pour les entreprises de la branche comme travailler, par exemple, sur des formations et des recrutements ciblés sur les postes de cadres (nourrir les viviers et les campagnes de recrutement de femmes pour ces postes) et faire mieux évoluer les carrières de femmes, notamment en négociant collectivement autour des classifications possibles de certains métiers et sur les moyens de faciliter les passerelles entre métiers et les possibilités de promotion.

Rapport final 30 décembre 2013 page 53/80





4. Analyse de l'enquête qualitative par entretiens semi-directifs en face-à-face

Nous présentons ici les éléments d'analyse à propos des entretiens sociologiques semidirectifs réalisés avec des gestionnaires RH d'établissements et des personnes exerçant un des 12 métiers identifiés comme « sensibles » en termes de situation comparée entre femmes et hommes.

Ces entretiens ont eu lieu au sein de différents établissements de deux secteurs de la branche, sur différents territoires de France métropolitaine, aussi bien dans des grandes villes que dans des villes de taille plus modestes.

Par l'intermédiaire de ces entretiens, la plupart des thématiques de questionnements prévues³⁴ ont pu être nourries. Nous disposons donc d'éléments quant aux pratiques de l'égalité professionnelle au sein des établissements, quant à la gestion RH de cette problématique, quant aux représentations associées aux différents métiers et différentes fonctions d'un établissement et aux différentes filières de formation et également des éléments à propos des conditions de travail concrètes des salarié-e-s et leur lien avec les rapports de genre.

La présentation de ces analyses est organisée en grandes thématiques saillantes, illustrées par des extraits d'entretiens, eux-mêmes situés par les caractéristiques du ou de la répondant-e.

4.1.1. Des établissements qui doivent faire avec des viviers de recrutement très sexués, argument récurrent dans différentes branches d'activités en France

a/ Des répartitions déséquilibrées et spécialisées en amont du recrutement, dès les Ecoles de formation initiale, sur des métiers avec des images féminines, voire parfois dévalorisées

L'argument premier avancé par les personnes rencontrées sur la féminisation de la plupart des métiers de la branche concerne les effets de l'orientation et de la formation initiale : le vivier de recrutement est avant tout composé de femmes, de par la très forte composition féminine de la population étudiante au sein des principales écoles composant ce vivier.

- « Le défaut de masculinisation parmi le corps infirmier s'analyse par l'amont avec dès le départ une absence d'hommes dans les écoles IFSI. Fait qui se confirme au niveau des candidatures ». [RRH, femme, Clinique]
- « Au niveau des écoles : l'évolution est très minime. Environ 5 garçons par classe. Lors des concours on est très attentif aux garçons. Les atouts masculins sont pourtant recherchés. Même aux concours de sélection des écoles, pas beaucoup de candidatures hommes. Il y a une nécessité de faire de la communication en amont. » [IRP, Infirmière cadre de santé, femme, 41 ans, Clinique]
- « A l'école d'AS, il y avait 2 hommes sur une promo d'environ 40 élèves » [40 ans, homme,

Rapport final 30 décembre 2013 page 54/80

³⁴ Voir les grilles d'entretien en annexe.





aide soignant IRP, Clinique]

Cette sur-féminisation au sein des écoles, dans les viviers de recrutement et les candidatures, s'explique non seulement car le cœur de métier a une image « féminine », mais est aussi dévalorisé financièrement, ce qui ferait fuir les hommes.

« Une grande difficulté : il existe peu de candidatures d'hommes. Mais le sexe n'est pas un critère de recrutement. Les freins sont structurels, historiques. Il y a un problème d'image du métier. De plus, la rémunération est moins importante qu'avant. C'est l'image et les formations qui sont très féminisées. (...) Des raisons historiques, de dénominations, de rémunération ont fait que métiers pas valorisés donc beaucoup de femmes car historiquement les hommes ont d'autres ambitions » [Directeur, homme, 56 ans, EHPAD]

« En effet, les métiers d'ASH et d'AS sont peu valorisants, durs, répétitifs » [RRH, femme, 60 ans, EHPAD]

Cette sur-féminisation des écoles et ainsi des équipes peut d'ailleurs parfois être vécue de façon délicate par certaines hommes, se retrouvant alors en situation de « minorât de genre 35 .

- « En formation, il y avait 7 hommes pour une promo d'une trentaine d'AS. Il y a certainement un blocage car culturellement, ce sont les femmes qui font les soins. Me concernant et bien que je suis très bien intégré, il m'a fallu un peu de temps pour m'habituer à une équipe entièrement féminine, trouver un rythme. Mais maintenant, je trouve que ça facilite les choses d'être un homme dans une équipe féminine, ça tempère d'éventuelles tensions. » [Aide-Soignant, homme, 40 ans, Clinique]
- « Durant mes études d'infirmier, j'étais le seul garçon dans la classe, après que les 3 autres garçons présents aient abandonné. Mes études ont été difficiles du fait que je sois le seul garçon. Je l'ai mal vécu. On est un peu la tête de turc, on en revient au phénomène de masse. » [Infirmier de bloc opératoire, homme, 28 ans, Clinique]

b/ Des répartitions genrées en action dès l'enfance, en lien avec d'autres domaines

Certaines personnes rencontrées ont pu mettre en avant que la répartition selon le genre des individus, des compétences, des comportements, et donc de l'orientation professionnelle et scolaire, était un phénomène agissant dès l'enfance et la socialisation³⁶, c'est-à-dire bien en amont de l'emploi.

Rapport final 30 décembre 2013 page 55/80

Le « minorât de genre » (ou minorité de genre) est une situation où dans un contexte social donné, un métier par exemple, une personne s'insère dans le genre minoritaire en nombre, mais également par rapport aux stéréotypes de genre. Par exemple, cela peut-être une femme conductrice d'un poids lourd, une femme soldat dans l'armée de terre, un homme infirmier dans les services « d'étages » d'un hôpital ou encore un homme « sage-femme ». Ce qui n'est pas sans conséquence sur le vécu professionnelle de ces personnes.

En sciences sociales, la **socialisation** est le processus au cours duquel un individu apprend et intériorise les normes et les valeurs tout au long de sa vie, dans la société à laquelle il appartient, et construit son identité sociale. Elle est le résultat à la fois d'une contrainte imposée par certains agents sociaux, mais aussi d'une interaction entre l'individu et son environnement, fruit de ses expériences de vie. Si elle favorise la reproduction sociale, elle n'élimine pas pour autant les possibilités de changement social.





- « Sur la mixité des équipes, ce n'est pas facile d'agir sur les représentations. C'est complexe et ça se joue certainement à la base. » [IRP, secrétaire médical, femme, 44 ans, Clinique]
- « Difficile de lever les freins aux représentations qui se jouent dès le plus jeune âge. Sans que ça soit forcément conscient, certains jeux vont être proposés aux petits garçons, qui ne le seront pas aux petites filles et inversement. » [Infirmière, femme, 36 ans, Clinique]

Ces différents extraits montrent ainsi bien qu'une forme de « sociologie spontanée » et non naturaliste des rapports de genre existe bien chez certain-e-s salarié-e-s de la branche. Ainsi, ils et elles ont conscience à la fois que les métiers de la branche doivent lutter contre des facteurs sociétaux s'imposant à leurs salarié-e-s, mais aussi que des changements seraient possibles si on agissait en amont, notamment durant le processus d'orientation et de formation.

« La thématique de l'égalité professionnelle est très intéressante, mais difficile à appliquer dans un secteur professionnel où à la base, les candidats sont en majorité des femmes. Les métiers du paramédical sont très féminisés, même du point de vue des patients. » (...) « Si des freins doivent être levés, cela doit se faire au niveau des représentations des métiers dès le départ. » [RRH, Femme, 34 ans, Clinique]

4.1.2. Les relations entre corps de métiers et avec le public

a/ L'effet « blouse blanche » : un homme au sein d'une équipe est très souvent perçu comme un médecin, et la femme comme une infirmière, en particulier avec le public plus âgé

Plusieurs personnes ont pu évoquer durant leur entretien les enjeux de présentation de soi et d'a priori de pouvoir face aux patients. Ainsi, les hommes sont très souvent perçus, lorsqu'une équipe mixte se présente au patient, comme le « docteur », c'est-à-dire le « sachant ». La femme est donc en miroir nécessairement l'infirmière ou l'aide-soignante, quand bien même le médecin, c'est elle.

- « Avec les patients de tous âges :
 - Souvent, ils me prennent pour un médecin (« bonjour docteur ») alors que ça n'arrive jamais à mes collègues femmes, et ce même si j'ai mon étiquette.
 - Une fois on m'a pris pour le cardiologue alors que j'étais avec une collègue infirmière et c'est moi l'homme qu'on a pris pour le médecin.
 - Une fois, j'étais avec une femme médecin, on m'a pris pour le médecin et elle pour l'infirmière.

Dans tous ces cas je rétablis aussitôt la réalité. Mais, dans la tête des gens, un médecin est avant tout un homme, une femme est infirmière. Il y a le maintien d'une pensée un peu machiste dans le milieu. » [IDE de nuit - service chirurgie A (urologie, digestif, réanimation), homme, 51 ans, Sanitaire, Clinique]

« Sur le métier d'aide-soignant, je pense qu'il n'attire pas les hommes car il n'est pas connu (régulièrement des patients lui disent « vous avez choisi un drôle de métier » ou alors le prennent pour le médecin parce que c'est un homme avec une blouse. Je ne

Rapport final 30 décembre 2013 page 56/80





pense pas que l'aspect rémunération rentre en compte dans ce choix ou non d'orientation professionnelle. A l'école d'aide-soigant-e-s, il y avait 2 hommes sur une promo d'environ 40. » [Aide soignant IRP, homme, 40 ans, Clinique]

Ce sexisme est particulièrement renforcé si l'homme a une blouse blanche, nous pouvons ainsi le nommer « effet blouse blanche ».

« Historiquement, ce sont les femmes qui s'occupaient des personnes âgées dans les campagnes, ayant créé des représentations ancrées. Encore aujourd'hui, « l'homme en blouse blanche » dans le milieu médical, c'est le médecin. Je pense donc que le changement se fera au fur-et-à-mesure. » [IRP, Infirmière cadre de santé, femme, 41 ans, Clinique]

D'ailleurs, les patients sont particulièrement sensibles à cet « effet blouse blanche », s'ils sont plus âgés.

« Je pense rencontrer au quotidien une certaine forme de discrimination, lorsque les patients (notamment les plus âgés) voyant un homme, pensent que c'est forcément lui le docteur. » [Brancardière, femme, 35 ans, clinique]

b/ Les aspects relationnels de gestion de l'« intimité » et de la pudeur des patiente-s sont en lien avec le genre³⁷, l'âge, mais aussi la sexualité : parfois les patients préfèrent un homme, d'autres fois une femme

Les toilettes : une gestion des corps et de la pudeur à la croisée de rapports de genre, d'âge et de la sexualité

Les toilettes cristallisent bien des enjeux de rapports de genre, de rapports d'âge et de sexualité, entre patients et professionnels du soin.

Ainsi, les femmes préfèrent souvent avoir une femme pour les soins et inversement. Ce qui montre que la pudeur serait sauvegardée, parce que ce sont deux corps de femmes qui sont en présence et parce que le primat de l'hétérosexualité s'impose *de facto*, aucun « soupçon » d'homosexualité, de désir ou d'éventuels abus ne venant ainsi briser la confiance dans le soin du corps, notamment de la part des personnes les plus âgées.

- « Parfois, des résidentes peuvent avoir des soucis à accepter un aide-soignant homme pour les toilettes. Dans ce cas, une aide-soignante prend le relais. » [RRH, femme, 60 ans, EHPAD]
- « Maintenant, peut-être que dans certains services, les femmes ont plus de légitimité que ce soit vis à vis des patientes en gynécologie et obstétrique, ou pour « le feeling » en pédiatrie. Je comprends qu'une femme puisse préférer qu'une femme lui fasse sa toilette. Je préférerais d'ailleurs que ce soit un homme qui me fasse sa toilette si cela

Rapport final 30 décembre 2013 page 57/80

³⁷ Genre: Construction socioculturelle des rôles féminins et masculins et des relations entre les individus classés comme femmes et ceux comme hommes, induisant dans les faits souvent une valence différentielle entre les catégories de genre (généralement au désavantage des femmes, avec des variations selon les domaines considérés).





devenait nécessaire un jour. » [Infirmier, homme, 29 ans, Clinique]

« Beaucoup de femmes dans nos services, car depuis toujours les femmes sont face à la nudité, alors que les hommes, on leur cache. Beaucoup de femmes résidentes, la nudité n'est pas forcément acceptée par des hommes. Certaines ne veulent pas que des hommes s'occupent d'elles. » [Aide-soignante, femme, 30 ans, EHPAD]

Cette dernière citation évoque également l'idée d'une « appétence » qui irait de soi (« depuis toujours »), dans le rapport des femmes à la nudité, désexualisée, dans les soins des corps. D'ailleurs, le personnel lui-même, en l'occurrence ici une femme, se projette en tant que patient-e : il vaut mieux des femmes dans les soins, cela serait plus « prudent ».

« Maintenant, il y a des hommes aux étages. Il y a 15 ans, il y en avait moins. Davantage d'hommes pour la toilette, parmi les AS aussi. En tant que patiente, je n'aimerais pas je crois que ce soit un homme. Encore, avec une mamie. Mais une jeune femme, c'est gênant. Pour la patiente, mais pour l'AS aussi. Il y avait un AS ici, c'était un vrai pervers. Il caressait les patientes. Une femme ne doit pas caresser non plus, hein. Par pudeur et parce que c'est interdit.

Quand on a des opérés du dos, des jeunes hommes par exemple, quand il fallait les laver, quand j'étais AS, ça me gênait, surtout si on lave « en bas ». Parfois, ils ont une érection. Ça peut être gênant. On plaisante alors ou on fait mine de ne pas voir.

De toute façon, il y a plus de femmes que d'hommes. Dans ces cas-là, quand on peut, on essaye d'être à deux dans la chambre. » [Référente de stérilisation, femme, 58 ans, Clinique]

S'il existe l'appréhension d'abus de la part de soignants, et une gêne quant à certaines manifestations corporelles, il existe aussi parfois la peur d'agressions sexuelles de la part de patients, hommes, sur des femmes soignantes ou concourant aux soins.

Une fois, je me suis fais sauter dessus par un patient. J'étais jeune, 20/22 ans. J'étais dans la salle de garde de nuit. J'étais seule. Il m'a sauté dessus par surprise, j'ai crié. Un collègue est intervenu. Le directeur l'a viré, « pas de ça ici ». Y a des risques d'agressions physiques dans les étages, pas au bloc ni en tant qu'agent de stérilisation. » [Référente de stérilisation, femme, 58 ans, Clinique]

La relation avec les familles : parfois des tensions, autour des problèmes de confiance

La relation avec les familles est parfois source de tensions, s'articulant autour des problèmes de confiance, avec par moment des suspicions de maltraitance et d'abus possibles.

« Dans les étages, il y les familles aussi. Les filles se font harceler par les familles. Il y a une pression, des reproches sur les soins. Ils veulent pas sortir des fois des chambres pendant les soins. Des fois, les familles n'ont pas confiance. Avec ma grand-mère, j'avais pas confiance non plus, faut dire. Ma fille et moi, on a été hospitalisées ici. J'avais à peu près confiance. Je connais les filles. Mais j'ai préféré la raser moi-même. Les filles m'ont laissée faire. » [Référente de stérilisation, femme, 58 ans, Clinique]

Rapport final 30 décembre 2013 page 58/80





4.1.3. Les différences de proportions d'hommes et de femmes selon les métiers : une récurrence de visions sur l'existence de compétences sexuées, dans une logique oscillant entre « essentialisme³⁸ » et « culturalisme³⁹ »

La plupart des personnes ont avancé, lorsqu'elles ont évoqué la question des compétences ou de différences entre femmes et hommes dans leur métier, une perspective différentialiste entre femmes et hommes, oscillant entre « essentialisme » (c'est dans la nature des choses) et « culturalisme » (il y a des différences, parfois même souhaitable, mais les origines en sont culturelles avant tout). On observe une tendance de fond : les femmes dans le « care » ⁴⁰ et le « nursing⁴¹ » et les hommes dans le « physique » et « technique » et qui fuiraient les postes de « subalterne ». Se retrouve ainsi une division genrée du travail classique selon les sciences sociales et dans les études de genre et de rapports sociaux de sexe, actualisée avec une certaine acuité dans les métiers de l'hospitalisation et de la prise en charge des personnes âgées et donc au sein de la branche.

a/ Les différences de proportions d'hommes et de femmes au sein des métiers d'infirmier-ères : une vision de compétences sexuées, avec le contact et les soins plutôt féminins et la technicité et le physique plutôt masculins, avec des enjeux de pouvoir, les hommes fuyant les positions « de subalterne »

Les femmes seraient focalisées sur les activités de « care » et de « nursing », car elles seraient plus compétentes en la matière. Et dès que l'aspect technique domine ou prend davantage de place, on retrouverait davantage d'hommes, plus portés sur la chose.

Rapport final 30 décembre 2013 page 59/80

Essentialisme : Perspective affirmant la complémentarité de deux genres et l'existence de spécificités féminines et masculines. Pour la déclinaison féministe, cela suppose de valoriser les spécificités féminines.

³⁹ Le culturalisme est un courant de l'anthropologie né aux États-Unis sous l'impulsion principale de Ruth Benedict, Ralph Linton, Abram Kardiner et Cora DuBois. Il tente une description de la société sous les points de vue conjugués de l'anthropologie et de la psychanalyse. Le culturalisme constitue un des courants qui a dominé la sociologie américaine des années 1930 jusqu'aux années 1950. En empruntant la notion de culture aux anthropologues, il cherche à rendre compte de l'intégration sociale. S'appuyant sur l'observation des sociétés archaïques, les culturalistes mettent en évidence l'influence prépondérante de la culture et des habitudes culturelles d'éducation sur la personnalité de base des individus. Par extension, le terme culturaliste est appliqué à tout propos associant la perception d'un comportement d'une personne en raison de sa culture d'origine.

⁴⁰ En sciences sociales, le « care » est une notion anglo-saxone qui désigne les activités structurées autour de la place du souci pour autrui (sollicitude, soin, cœur, attentions, prévenance sont autant de termes rendant imparfaitement la polysémie du mot care). Dans la construction sociale et la distribution des compétences en fonction du genre, le « care » est souvent investi par les femmes ; ce qui en sociologie de l'emploi et de l'éducation, est utile pour envisager les répartitions des femmes et des hommes en fonction des filières et de métiers.

Les soins de « Nursing » sont sous responsabilité de l'IDE et regroupent 4 domaines d'actions : L'hygiène (toilette au lit ou au lavabo, douche, pédiluve, rasage, shampoing, habillage, entretien des prothèses dentaires, soins des yeux, de la bouche, des oreilles, manucure, pédicure, lever, coucher, mise sur WC, pose étui pénien...) ; La surveillance et l'observation (état cutané aux points d'appui, naevus, état d'hydratation, poids, élimination urinaire et fécale, état de la ventilation, préparation des médicaments et vérification des prises, température, tension artérielle, état circulatoire, mobilité, douleurs...) ; La prévention (appel du médecin traitant si nécessité, conseils aux patients à l'entourage, prévention d'escarres et de la déshydratation...) ; Le suivi relationnel (avec le patient, la famille, les collègues de l'équipe éventuelle, médecin traitant et autres intervenants médicaux et paramédicaux...).





- « Les compétences nécessaires ? Etre patient, respectueux et avoir un dialogue facile. Les filles sont plus minutieuses ; elles ont moins de gestes brusques. Il y a une majorité de femmes dans le métier, car il y a une tradition, un poids de l'histoire. Le métier d'infirmiers : ça reste un métier de femmes. Après, tout dépend des spécificités. Infirmiers anesthésistes : plus d'hommes, car c'est plus technique. » [Infirmier de bloc opératoire, homme, 28 ans, Clinique]
- « Il y a davantage d'hommes infirmiers au bloc ou en anesthésie en raison de la technicité qu'il n'y a pas dans les services » [RRH, femme, Clinique]
- « Les hommes sont généralement plus intéressés par le côté technique (salle opératoire, réveil, dialyse). » [DRH, homme, Clinique]
- « J'aime le contact avec les patients. Les relations avec les personnes, ainsi que le côté technique dans le soin. » [Infirmier de bloc opératoire, homme, 28 ans, Clinique]
- « Les métiers du soin : les hommes s'orientent plutôt vers la technicité (urgences, réa, anesthésie). On a remarqué des profils types de la gente masculine à travers les établissements : technique et psychiatrie » [IDE représentante du personnel, femme, 38 ans, Clinique]
- « En tant qu'hommes, on est beaucoup sollicité pour certaines tâches, du côté matériel, informatique. » [Infirmier de bloc opératoire, homme, 28 ans, Clinique]

En plus de l'aspect technique, les hommes peuvent être envisagés sous l'angle physique, dimension parfois sollicitée dans certaines tâches. Là encore, la différence physique - résultant pour une grande part de l'usage des corps qui est fait tout au long de la vie d'un individu en fonction de son sexe, ce qui sculpte le corps d'une certaine façon⁴² - est souvent « naturalisée » par les personnes, hommes comme femmes.

- « On m'appelle pour ramasser les patients, calmer les énervés. » [IDE de nuit service chirurgie A (urologie, digestif, réanimation), homme, 51 ans, Sanitaire, Clinique]
- «Il est parfois nécessaire d'avoir une force physique suffisante, notamment en orthopédie (pour lever ou tirer une jambe, dévisser). Mais la plupart du temps, cet aspect là n'entre pas en jeu. Cependant, certains chirurgiens orthopédiques préfèrent travailler avec des hommes argumentant sur le critère de la force. Le métier d'infirmier est particulièrement féminisé, et ceci, dès le départ. C'est certainement culturel, ça remonte à très loin. Mais « tout s'apprend », le métier d'infirmier n'exige pas de compétence plus féminine ou masculine, mais j'ai pu observer que les femmes ont un côté « maternel » en plus : la protection, le bien-être de l'individu, les qualités d'empathie, sont plus répandues chez elles. » [Infirmière, femme, 36 ans, Clinique]
- « C'est un métier de subalterne, on est sous la responsabilité de quelqu'un ça explique peut être pourquoi il n'y pas beaucoup de postulants hommes. » [IDE de nuit service chirurgie A (urologie, digestif, réanimation), homme, 51 ans, Sanitaire, Clinique]

Rapport final 30 décembre 2013 page 60/80

⁴² *Cf.* des travaux en sciences sociales sur la socialisation et de genre en particulier, comme ceux de Muriel Darmon, ou en neurobiologie, comme ceux de Catherine Vidal.







Ces différents aspects des métiers d'infirmier-ière-s et extraits d'entretiens de salarié-e-s de la branche évoquent les analyses livrées au sein d'un article de Delphine BULLIARD, sociologue suisse, à propos du vécu des hommes infirmiers en Suisse (au sein du canton de Fribourg), également en situation de minorât de genre comme leurs homologues français⁴³. Ainsi, au sein du corps infirmier suisse se retrouve aussi la répartition genrée des compétences : « Certains clichés lient les infirmiers aux tâches pénibles puisqu'ils disposent d'une certaine force physique et les infirmières, reflétant l'image maternelle, sont plus facilement associées au réconfort et aux soins relationnels. Le personnel soignant est conscient de ces affiliations et les prolonge. »

De plus, la sollicitation de salariés masculins fribourgeois se fait également davantage comme en France lors de conflits, de tensions et de risques de violences avec les patiente-s : « Les infirmiers sont considérés comme plus aptes à gérer des patients agités, voire violents. La gestion d'un conflit qui peut dégénérer en bagarre est souvent dévolue aux hommes du service. Les caractéristiques physiques masculines représentent un atout puisqu'elles sont considérées comme plus dissuasives que celles des femmes. »

Enfin, tout comme il existe une répartition genrée selon les services du personnel infirmier au sein de notre étude, au sein du canton de Fribourg les infirmiers et les infirmières ne s'orientent pas non plus vers les mêmes services, avec une logique de distribution des genres par type de service comparable à la situation de la branche. « En recensant le nombre d'hommes et de femmes travaillant dans les hôpitaux publics généraux, il est apparu clairement que les infirmiers choisissent majoritairement les services aigus. Proportionnellement, les hommes sont surreprésentés dans les soins continus et intensifs, l'anesthésie ou encore les urgences. Le personnel masculin préfère ainsi les services qui mettent en exergue les gestes techniques et moins le relationnel. »

Il est d'ailleurs intéressant de noter que l'auteure suisse suggère que c'est avant tout dans l'esprit des infimier-ières eux-mêmes et parmi le corps médical et certaines directions que les réticences et préjugés de genre sont les plus fortes, les patient-e-s eux-mêmes n'étant pas nécessairement particulièrement regardant sur le genre du personnel soignant, mais bien plus sur ses compétences et ses capacités d'écoute, notamment dans les services d'obstétrique et de gynécologie. Ainsi, elle cite un infirmier ayant fait un stage dans un service obstétrique : « Ce n'était pas évident et aussi vis-à-vis des gynécologues. C'est un milieu très, très fermé. Par contre, avec les mamans, il n'y avait aucun problème et avec mes collègues non plus ».

b/ La sur représentation des femmes parmi les aides-soignant-e-s : une justification par des compétences « féminines » relatives au contact, aux soins et au nettoyage (le « care » et le « nursing ») et les hommes sur le « physique »

Pour les aides-soignant-e-s aussi, les justifications tournent autour du « care » pour les femmes (avec les notions de soins, de douceur, de calme et de nettoyage), du physique et du technique (avec les notions de force, de dissuasion, de maîtrise, etc.) pour les hommes.

http://www.casare.ch/pictures/media/infirmiers_des_hommes_comme_autres_9_2009.pdf

Rapport final 30 décembre 2013 page 61/80

⁴³ BULLIARD D., 2009, « Les infirmiers, des hommes comme les autres », dans *Krankenpflege*, numéro de 9/2009 « Soins infirmiers »





- « En effet, les métiers d'ASH et d'AS sont peu valorisants, durs, répétitifs. De plus, peut être qu'une femme saura davantage arrondir les angles et qu'un homme sera plus bourru, plus revendicateur. « Génétiquement », un homme est plus technique qu'une femme. Donc, le rôle du législatif là-dedans est loin d'être évident. » [RRH, 60 ans, femme, EHPAD]
- « En formation, il y avait 7 hommes pour une promo d'une trentaine d'aides-soignant-e-s. Il y a certainement un blocage car culturellement, ce sont les femmes qui font les soins. » [Aide-Soignant, homme, 40 ans, Clinique]
- « Concernant le paramédical, ce sont des métiers féminins qui requièrent des traits typiques : comportement, douceur, patience. » [IRP, agent administratif, femme, 47 ans, Clinique]
- « En arrivant le matin, l'aide-soignante fait le tour des résidents, prend de leurs nouvelles, et commence les toilettes selon le souhait des résidents de prendre leur petit déjeuner avant ou après. Elle s'occupe également d'accompagner les résidents dans la salle de repas, les aide à la prise des repas et du goûter, s'occupe des changes, et les aide au coucher. Ces compétences ne sont pas particulièrement féminines, même si parfois l'aide-soignante estime manquer de force (des douleurs dorsales) et trouverait pratique d'avoir plus d'hommes dans l'équipe pour avoir de l'aide avec les résidents en fauteuil roulant qu'il faut soulever. » [Aide-soignante, 51 ans, femme, EHPAD]
- « Le problème : même au niveau des aide-soignant-e-s, les tâches sont encore trop basées sur le « nursing » et le nettoyage des WC. C'est surement encore trop difficile pour les hommes. Il faut faire tomber les tabous, faire évoluer les critères. Il faut valoriser le côté relationnel, soignant. » [IRP, Infirmière cadre de santé, 38 ans, femme, Clinique]
- « Plus généralement, je pense qu'il est parfois pratique d'avoir des hommes dans un service, pour aider à porter des patients. » [Infirmier, homme, 29 ans, Clinique]

c/ Le manque de femmes parmi les brancardiers-dières : une relation ambivalente avec l'aspect physique du métier

Certain-e-s avancent l'évidence et la normalité de la force physique pour justifier la présence de davantage d'hommes dans ce métier.

- « Il y a un intérêt d'avoir plus d'hommes, car ils ont des aptitudes à effectuer des tâches de manutention. » [IRP, Aide-soignant, homme, 58 ans, EHPAD]
- « J'estime que c'est « humain », cette logique de répartition des tâches. Par exemple : le métier de brancardier naturellement investi par les hommes. [RRH, Femme, 34 ans, Clinique]

D'autres, bien que partageant cette perspective, la déplorent un peu plus, en étant plus nuancée sur l'incompétence des femmes à ces postes.

Rapport final 30 décembre 2013 page 62/80





- « Pour ce qui est des brancardiers, il n'y a pas de turn-over, mais on privilégie les hommes sur ces postes car c'est un métier « physique », alors que les femmes en place donnent satisfaction. » [RRH, femme, Clinique]
- « Avant, j'étais brancardier en bloc opératoire en clinique. Il y avait peu de collègues féminines sur ce métier alors que c'est un métier où l'assistance technique est importante. Donc peut être que ce métier souffre d'une représentation de métier physique. » [Aide-Soignant, homme, 40 ans, Clinique]
- « Dans mon poste actuel, il y a que des hommes sur les 6 brancardiers. Pourquoi ? Je sais pas... Peut-être parce que c'est un métier physique. Pour déplacer des gros patients de 100 kg, parfois endormis, ça peut freiner certaines. Après, il y a des techniques de portage. On a fait des stages durant notre formation. Par exemple, à Saint Antoine, ils sont toujours en binôme. Ici, on est en sous-effectif, c'est pas possible. L'aide-soignante ou l'infirmière nous aide parfois. Si on avait 2 hommes à chaque fois, ça irait plus vite. On tient le drap, on calibre le lit avec le brancard, et hop ça passe bien en général, quelque soit le poids. » [Brancardier, homme, 40 ans, Clinique]

D'ailleurs, la force physique comme preuve de la virilité peut poser des soucis, dans le métier de brancardier, mais aussi dans tout métier nécessitant des postures et portages particuliers, comme agent de stérilisation. Ainsi, certains hommes prennent des risques inconsidérés en raison de la « fierté » virile. Et les femmes aussi, dans des contextes de sous-effectifs dans certains services.

« Le processus de stérilisation : on reçoit les instruments à laver par un monte-charge, on rince avec des désinfectants dans la première salle ; ensuite, les instruments vont dans la machine, pour stérilisation ; et enfin, ils vont dans la salle de chargement, où il y a les armoires prêtes à monter au bloc. Elles sont très lourdes, on devrait porter à deux, mais on n'a pas assez de personnel. Faut se pencher, même si on a appris les postures, on les oublie vite, car moi par exemple, je me suis bloqué le dos en appliquant ces consignes... Les garçons évitent de nous le faire faire. Mais on doit le faire. On doit vider les 2 auto-claves, quand on arrive le matin. Eux aussi, ils se font mal parfois. » [Référente de stérilisation, femme, 58 ans, Clinique]

d/ La répartition des responsables d'établissements selon leur sexe en fonction des domaines principaux de l'établissement : les mêmes appétences « féminines » et « masculines » sont mises en avant, tout en pointant les relations parfois délicates entre certains métiers féminisés et d'autres masculinisés, notamment avec les chirurgiens

Les femmes chefs d'établissements doivent faire avec des « traditions » différentes en termes de genre entre clinique et EHPAD et avec des métiers masculinisés au prestige fort, notamment les chirurgiens.

- « On retrouve plus de femmes directrices dans les cliniques de soins de suite. Je pense qu'il faut non seulement avoir de l'expérience pour diriger une clinique chirurgicale, mais aussi un certain caractère, car il n'est pas facile de travailler avec des chirurgiens. » [Directrice adjointe, 29 ans, femme, Clinique]
- « De plus, je pense qu'elle n'aurait pu être directrice d'une clinique. D'une part, selon

Rapport final 30 décembre 2013 page 63/80





moi, pour beaucoup de chirurgiens c'est « appelez-moi dieu », ils acceptent mal d'avoir une femme comme chef. D'autre part, la direction d'une clinique chirurgicale exige des connaissances plus pointues que celle d'un EHPAD. » [RH, femme, 23 ans, Clinique]

e/ Quelle relation entre cette vision genrée de la répartition des compétences et les évolutions actuelles des métiers ? Quelques éléments de réflexion

Les évolutions du rapport aux patients impactent aussi bien l'aspect technique que relationnel du travail

« Du travail technique, on en faisait plus avant ; aujourd'hui, on nous demande de faire davantage de relationnel (avec les patients, les collègues), d'assurer le développement de la traçabilité et de la continuité des soins. » [IDE de nuit - service chirurgie A (uro, digestif, réanimation), homme, 51 ans, Sanitaire, Clinique]

Le poids des traditions est parfois difficile à dépasser, focalisant sur le féminin dans le cœur de métier de la branche et le masculin sur le pouvoir

- « Ça va être difficile d'influer sur des représentations anciennes. Les EHPAD sont les relais d'institutions religieuses tenues par des femmes, ça va prendre du temps de changer les mentalités. » [IRP, Aide-soignant, homme, 58 ans, EHPAD]
- « Les compétences nécessaires pour travailler en EHPAD, il s'agit de compétences que peuvent avoir des hommes ou des femmes. Mais des raisons historiques, de dénominations, de rémunération ont fait que métiers pas valorisés donc beaucoup de femmes car historiquement les hommes ont d'autres ambitions. Cela change aujourd'hui. Même si l'organisation n'a jamais été faite pour être pour les hommes. L'image du métier est féminine. Il existe des sages-femmes homme et on appelle ça sage-femme! » [Directeur, homme, 56 ans, EHPAD]

4.1.4. Le recrutement : l'ambivalence derrière le souhait de la mixité des équipes

a/ Sur la base d'une opinion selon laquelle la mixité serait nécessaire pour la dynamique d'équipe, l'ambiance de travail ou la gestion RH, des recrutements ciblés sont officieusement prévus, sinon attendus

- « Avec les équipes féminines, il y a plus de cancans, quand certaines choses ne vont pas les relations sont tendues car elles ne se disent pas les choses en face, clairement à la différence des hommes qui, s'il le faut, se mettent dessus, mais après on en parle plus. L'arrivée d'un homme serait une chose bienvenue » [IDE de nuit service chirurgie A (uro, digestif, réanimation), homme, 51 ans, Sanitaire, clinique]
- « A compétences égales, on va favoriser le recrutement d'un homme à la place d'une femme (par exemple sur les postes d'infirmiers). » [RRH, femme, clinique]
- « Dans un recrutement, les compétences, c'est ça qui prime. Néanmoins, si deux candidatures à compétences égales nous plaisent, on privilégiera la candidature d'un homme plutôt que celle d'une femme. Car un service exclusivement féminin, c'est pas bon : ça bavarde beaucoup, ça reste bloqué sur des problématiques. Un homme est plus tranché, ça cadre différemment, ça pose une équipe en plus de la faculté physique. » [IDE représentante du personnel, femme, 38 ans, Clinique]

Rapport final 30 décembre 2013 page 64/80





- « Je pense que je n'aurais pas pu être directrice d'une clinique. D'une part, pour beaucoup de chirurgiens c'est « appelez-moi Dieu », ils acceptent mal d'avoir une femme comme chef. D'autre part, la direction d'une clinique chirurgicale exige des connaissances plus pointues que celle d'un EHPAD » [RRH, 60 ans, femme, EHPAD]
- « Quand il y a des hommes qui postulent, on est assez friand de la gente masculine quand on peut l'avoir. Ce sont des atouts essentiels dans les équipes. La présence des deux sexes tempère l'équipe féminine. Les hommes, ce sont aussi des « bras ». Mais les candidatures hommes sont faibles. » [IDE Représentante du personnel, femme, 38 ans, Clinique]
- « Mais maintenant, je trouve que ça facilite les choses d'être un homme dans une équipe féminine, ça tempère d'éventuelles tensions » [Aide-Soignant, homme, 40 ans, Clinique]

Certain-e-s pensent tout de même le contraire, que la mixité est plus « agréable » dans « l'autre sens », lorsqu'il y a plus de femmes :

« Je trouve intéressant d'avoir des équipes mixtes. J'ai connu des équipes exclusivement masculines, où la tendance est du coup à la comparaison. Je préfère travailler avec des femmes car je ne sens pas de rivalité. » [Agent de stérilisation, homme, 23 ans, Clinique]

b/ D'autres ne voient pas nécessairement de différences hommes/femmes dans les compétences

« J'étais en charge de tous les recrutements jusqu'au début 2013 (sur les postes importants, les recrutements sont faits avec le groupe). Depuis, je les partage avec l'infirmière coordinatrice. Je ne pense pas que les compétences soient plus féminines ou masculines, l'important en EHPAD étant d'avoir un bon relationnel avec les familles. » [RRH, 60 ans, femme, EHPAD]

4.1.5. Les conditions de travail : la rudesse des activités, le sous-effectif récurrent et la pression sont mis en avant

a/ Des sous-effectifs, tant d'hommes que de femmes, qui peuvent impacter la qualité des soins et d'accueil des patients et entrainer des glissements de tâches, notamment des infirmier-ères vers les aide-soignant-e-s

Le sous-effectif peut rendre compliqué la gestion de plusieurs patients, entrainer des « glissements de tâches » et mettre sous pression les salarié-e-s, comme les infirmiers-ières et aides-soignant-e-s, entrainant des départs chez les plus jeunes, notamment les femmes.

« Le sous-effectif ici, c'est dû aux problèmes de salaires. Un brancardier de plus, c'est un salaire de plus. C'est financier. On a un collègue qui est parti l'année dernière, il n'a pas été remplacé. Pourtant, le plus important à mes yeux, c'est le bien-être des patients. Et là, c'est pas toujours le cas. Parfois, je suis obligé de faire attendre des patients dans les couloirs ¾ d'heure, car j'ai 8 appels en même temps. Je dois alors hiérarchiser. Allez au bloc d'abord. Transférer un patient sous respirateur, cancéreux,

Rapport final 30 décembre 2013 page 65/80





avec problèmes cardiaques, etc., d'abord.

Ça me gène. Après, certains râlent après moi, alors que c'est un problème de l'hôpital. Mais je comprends, mais je ferais pareil à leur place. D'autres comprennent, car ils disent « c'est la crise partout ». J'en ai parlé au CE, la clinique est pas prête à embaucher un brancardier supplémentaire. (...) Problème d'effectif aussi pour les infirmières. Il y a des « glissements de tâche » de l'infirmière vers l'aide-soignante, en raison du manque de personnel. Beaucoup de départs, il y a du malaise, du stress, de la pression. Les jeunes, elles craquent, elles n'ont pas de vie de famille, donc elles osent partir ailleurs. Elles peuvent encore bouger. » « Ici, on est en sous-effectif, c'est pas possible. L'aide-soignante ou l'infirmière nous aide parfois. Si on avait 2 hommes à chaque fois, ça irait plus vite. On tient le drap, on calibre le lit avec le brancard, et hop ça passe bien en général, quelque soit le poids. » [Brancardier, homme, 40 ans, Clinique]

b/ Une pression qui vient aussi de la relation avec les patients ou leur famille, souvent autour de la notion de confiance, de délégation d'autorité et de risque de maltraitance

Le personnel soignant des « étages », en clinique notamment, est particulièrement soumis à ces formes de pressions, de la part des patients ou de leur famille. Ce sont ainsi les femmes, davantage présentes dans ces services et en contact, qui vivent ces pressions.

- « Les filles se font harceler par les familles. Il y a une pression, des reproches sur les soins. Ils ne veulent pas sortir des fois des chambres pendant les soins. Des fois, les familles n'ont pas confiance. » [Référente de stérilisation, femme, 58 ans, Clinique]
- « On a moins de contact avec le patient à mon poste actuel. Je ne me vois plus du tout retourner dans les services. J'ai une meilleure qualité de vie, au niveau des horaires et des jours (lundi au vendredi). » [IDE bloc opératoire, homme, 28 ans, Clinique]
- 4.1.6. La conciliation des temps privés et professionnels : la parentalité des salarié-e-s est plutôt bien prise en compte, souvent au centre des quelques plans d'actions posés, avec des hommes s'envisageant père, mais certains préjugés persistent
- a/ Des gestions RH plutôt attentives sur la question de la conciliation des temps, qui est souvent un domaine d'actions au centre des quelques plans d'actions constatés durant les entretiens
 - « A ma connaissance, toutes les demandes de congé parental ont été acceptées (et faites que par des femmes), le seul point de négociation éventuelle concerne le jour de congé parental pour celles qui le souhaitent à temps partiel (souvent le cas pour les 2ème et 3ème années de congé parental). » [IRP, Infirmière cadre de santé, femme, 38 ans, Clinique]
 - « Les congés parentaux sont toujours acceptés et lorsque la demande concerne du temps partiel, on parvient à arranger les plannings en fonction. » [Directrice, femme, 61 ans, EHPAD]
 - « Au niveau de l'aide à la parentalité, à ma connaissance, les congés parentaux sont

Rapport final 30 décembre 2013 page 66/80





acceptés par l'entreprise. Il y a un jour supplémentaire rémunéré pour les jours enfants malades. En général, s'agissant des enfants, la direction est plutôt arrangeante et tient compte de la situation personnelle du parent (seul ou en couple). » [IRP, secrétaire médical, femme, 44 ans, Clinique]

« Un plan d'action a été mis en place avec notamment des objectifs de recrutement, ainsi qu'une acceptation systématique des demandes de congés parentaux. Mais pour l'instant, aucune demande de la part des hommes (pour la majorité jeunes et sans famille, ou avec des enfants adultes). Au niveau de l'aide à la parentalité, un nombre de jours enfant malade rémunéré supérieur au minimum légal a été accordé. » [RRH, femme, 34 ans, Clinique]

b/ Les hommes changent dans leur rapport à la parentalité, mais des préjugés persistent

Conformément à ce qui est constaté dans d'autres branches, les hommes salariés pères assument davantage leur parentalité, de se rendre disponible pour et donc de parfois aménager leur temps et leur organisation de travail. Mais des préjugés quant à leur savoirfaire éducatif auprès des enfants en bas âge persistent et la situation souvent plus favorable au sein du couple hétérosexuel de l'homme n'incite pas nécessairement à une mise en disponibilité des hommes pères.

- « Il est intéressant de se pencher sur la question de la parentalité, car certains comportements ne sont pas dans les mœurs, comme la prise d'un congé parental par un père (...) Si j'ai un enfant un jour, j'imagine bien un jour prendre un congé parental pour m'en occuper. Peu d'hommes en prennent car en moyenne, ils ont un salaire meilleur dans le couple. Mais moi et ma femme, on sait vivre avec peu, donc ça ne me semble pas être un obstacle à ce projet. » [Infirmier, homme, 29 ans, Clinique]
- « Au niveau familial, c'est ma femme qui a fait le choix de prendre un congé parental partiel car c'est elle qui a le plus de pression au travail. De plus, j'ai régulièrement des jours de libre en semaine donc je n'étais pas tenté. Ca n'a pas été un choix financier. Lorsque le plus jeune sera scolarisé, je pense néanmoins reprendre un poste de nuit afin d'être plus dispo en début et fin de journée à l'école. » [IRP, Aide-soignant, 40 ans, Clinique]
- « Je n'ai que très peu eu l'occasion de m'occuper de mes enfants lorsqu'ils étaient petits. Je ne les vois maintenant que pendant les vacances scolaires, car ils vivent trop loin. Donc, si j'en avais un troisième un jour, j'espère pouvoir prendre un congé parental et de trouver un juste milieu entre nécessité pour lui d'assurer le budget, et la présence nécessaire auprès de la famille (fait autant d'heures supplémentaires que possible). En attendant, j'essaye d'assurer le budget en gagnant autant d'argent que possible. » [Agent de stérilisation, homme, Clinique]
- « De façon plus générale, je pense que ça ne doit pas être évident pour un homme de faire accepter une demande de congé parental car il n'est pas facile de faire évoluer des idées largement ancrées dans la société selon laquelle ce sont les femmes qui s'occupent des enfants. Sur l'accès des femmes à des postes de direction peut-être que la maternité

Rapport final 30 décembre 2013 page 67/80





ne facilite pas les choses, car les femmes doivent alors s'organiser pour être présentes à la maison et au travail. » [IRP, secrétaire médical, femme, 44 ans, Clinique]

c/ La gestion de la parentalité en milieu hospitalier peut rester complexe et nécessite de pouvoir « faire faire » à un tiers et/ou de ne pas arrêter de travailler

La gestion de la parentalité en milieu hospitalier, selon les personnes rencontrées est possible, mais sous conditions et reste ainsi complexe à mettre en œuvre. Souvent, « bien gérer » sa parentalité implique, afin de pouvoir continuer à travailler tout en assurant la garde de son enfant, la possibilité de « faire faire », ce qui profite aux salarié-e-s pouvant rémunéré-e-s une tierce personne, solution d'autant plus envisageable si le ou la salarié-e parent est en couple.

« Ni mon conjoint, ni moi n'avons pris de congé parental à l'arrivée de notre bébé. Le mode de garde n'est pas simple, car mon conjoint a aussi des permanences à gérer. J'ai trouvé une nounou très dispo pour s'occuper de leur bébé. » [Infirmière, femme, 28 ans, Clinique]

Il semble ainsi souvent difficile pour les salarié-e-s de la branche d'envisager d'arrêter de travailler lors de l'arrivée de l'enfant, notamment pour des questions de revenus.

« Pour l'instant, je n'ai pas d'enfant et je n'imagine pas s'arrêter de travailler en dehors du congé maternité. Peut-être que la question de la perte de revenu lors de la prise d'un congé parental est un facteur essentiel dans le choix de s'arrêter de travailler. » [Directrice adjointe, femme, 29, Clinique]

4.1.7. La promotion de l'Egalité professionnelle entre femmes et hommes

a/ Des actions sont initiées, mais la sur représentation des femmes masque les enjeux pour certain-e-s, en rendant « inutile » ce questionnement à leurs yeux, reflétant ainsi une vision partielle de l'égalité professionnelle

La question de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes est souvent limitée à un problème de répartition équilibrée entre femmes et hommes par les personnes rencontrées. Ainsi, la branche étant très féminisée, il n'y aurait pas, selon eux, un intérêt particulier à s'atteler à cette thématique.

- « L'accord sur l'égalité professionnelle signé dans l'établissement porte surtout sur les salaires. (...) En tant que représentant du personnel, je n'ai pas grand chose à dire sur l'égalité professionnelle. » [IRP, Aide-soignant, homme, 58 ans, EHPAD]
- « Je ne sais pas s'il y a un intérêt à travailler sur les notions d'égalité professionnelle dans l'hospitalisation privée car il y a déjà beaucoup de femmes. » [Agent de stérilisation, homme, 23 ans, Clinique]
- « Je n'ai pas de connaissance sur la réglementation concernant l'égalité professionnelle.

Mais je sais qu'il y a un plan d'action en matière d'égalité professionnelle dans l'entreprise, mais avec peu de retombées sur l'équipe. On n'est pas dans un milieu où l'homme est plus favorisé que la

Rapport final 30 décembre 2013 page 68/80





femme. » [Infirmière cadre de santé, femme, 41 ans, EHPAD]

b/ La nécessité d'intervenir en amont, pour faire changer les représentations des candidat-e-s possibles aux écoles, est mise en avant

Le consensus à propos du vivier de recrutement très féminisé vient à faire dire à certain-es que le principal vecteur de changement passera par des actions en amont, dès les écoles de formation initiale.

« Même aux concours de sélection des écoles, pas beaucoup de candidatures hommes. Il y a une nécessité de faire de la communication en amont. Le problème : même au niveau des AS les tâches sont encore trop basées sur le nursing, les WC. C'est surement encore trop difficile pour les hommes. Il faut faire tomber les tabous, faire évoluer les critères. Il faut valoriser le côté relationnel, soignant.

Il faut repenser les passerelles : Y a déjà tout ce qu'il faut. L'égalité pro, c'est important même si nous sommes dans un secteur pas forcément des plus concerné. Plus on en parle librement et plus les gens peuvent venir dire qu'ils ont subi des discriminations sur le sexe. Plus on va en parler, plus ça veut dire qu'on ouvre le dialogue, qu'on est ouvert à la discussion. Il faut faire tomber tous les tabous qui existent. On a la chance que notre milieu soit à l'abri de ça. Il faut faire tomber les barrières qui font que les femmes et les hommes sont condamnés à des métiers types (brancardier, infirmière). » [IRP, Infirmière cadre de santé, femme, 38 ans, Clinique]

Rapport final 30 décembre 2013 page 69/80





5. Principales conclusions et recommandations

Une branche très majoritairement féminisée, contribuant ainsi à l'emploi féminin, et des hommes en situation de minorât de genre dans certains métiers

La branche de l'hospitalisation privée à caractère commercial se trouve dans une situation concernant les répartitions femmes-hommes comparables aux autres branches médicales, paramédicales, sanitaires et sociales : la population est très majoritairement féminine.

En effet, le cœur d'activité, c'est-à-dire les métiers de la filière soins et concourant aux soins, sont pour la plupart d'entre eux, très féminisées, souvent à plus de 75% des effectifs. Ainsi, les hommes de ces métiers sont souvent en situation de minorât de genre. Ce qui n'est pas sans effet sur leur vécu et les dynamiques de travail.

Ainsi, la branche semble favorable de prime abord pour les femmes, celles-ci composant le terreau principal des recrutements. L'hospitalisation privée nourrit donc l'emploi féminin. Cependant, dans le détail, des problématiques de genre particulières liées aux métiers et aux activités spécifiques de ces secteurs et certaines situations d'emploi peuvent avoir des effets plus nuancés, voire défavorables en termes d'égalité professionnelle entre les femmes et hommes salarié-e-s. Situations qui peuvent être défavorables pour les femmes, mais aussi pour certains hommes, comme expliquées dans les paragraphes suivants (en termes de conditions de travail et d'emploi, mais aussi de stéréotypes de genre, tant féminins que masculins).

L'existence d'un phénomène de « plafond et parois de verre »

L'étude met en valeur l'existence d'un phénomène de « plafond et de parois de verre » : plus on remonte dans la hiérarchie, plus on trouve d'homme. Ainsi, 8% des femmes sont cadres contre 22% des hommes, ce qui fait 14 points de différences contre 5,8 au niveau national⁴⁴. Ce phénomène apparaît de façon plus importante dans le secteur sanitaire que dans le médico-social : 33% des cadres sont des hommes dans le sanitaire contre 30% dans le médico-social. A l'inverse, les emplois de niveau V ou infra sont sur féminisés.

Les facteurs expliquant cette situation peuvent être de différentes natures : un « tri » dès le recrutement, orientant massivement les femmes vers certains métiers et certaines fonctions d'employé-e-s, en particulier dans la filière soignante et concourant aux soins, avec des hommes se recrutant directement davantage dans les fonctions de cadres ; des freins dans les promotions professionnelles, où les femmes ont tendance à stagner dans les fonctions d'employé-e-s et de peu irriguer les rangs de TAM et de cadres ; des freins potentiellement nourris par les problématiques de conciliation des temps, avec des femmes prenant plus souvent un congé familial (maternité et congé parental d'éducation) que les hommes, situation encore parfois entravante pour leur projection en termes de carrière et pour leur repérage par certains encadrants, ; etc.

La règle « plus on monte dans la hiérarchie, plus la population se masculinise » se retrouve quand on détaille les catégories professionnelles par taille d'entreprise. Plus l'entreprise est grande (à plus de 300 salarié-e-s), plus se vérifie cette hypothèse de l'effet « plafond et parois de verre ».

Rapport final 30 décembre 2013 page 70/80

Source: « Chiffres-clés de l'égalité entre les femmes et les hommes », 2012, Ministère des droits des femmes http://femmes.gouv.fr/wp-content/uploads/2013/03/Chiffres-cl%C3%A9s_OK_bd_distiller21.pdf





Enfin, les femmes cadres ont moins d'ancienneté que les hommes.

Il n'est pas aisé de remédier à ce phénomène complexe et multifactoriel. Nous pouvons toutefois penser à des actions au niveau des filières de recrutement, des actions de sensibilisation au niveau des recruteurs-trices et des politiques de formation continue permettant aux femmes une évolution professionnelle ascendante.

Des situations d'emplois différenciées : des femmes employé-é-s de la filière soignante et concourant aux soins plus instables et des hommes cadres ayant de meilleurs conditions d'emploi

L'analyse des caractéristiques des situations d'emplois fait ressortir deux catégories extrêmes de salarié-e-s. D'une part, des employé-e-s, à dominante féminines, plus souvent en CDD et ayant le moins d'ancienneté, notamment dans la filière soignante et concourant aux soins laissent penser à une « zone de précarité » de l'emploi dans la branche. Ainsi, à titre d'exemple l'accès à l'emploi pour les aide-soignant-e-s se fait davantage dans la précarité : les deux tiers sont embauchés en CDD lors de leur premier emploi. Il faut toutefois nuancer cette analyse. En effet, le turn over important qui est observé peut s'expliquer par une mobilité choisie de la part de ces employé-e-s, comme l'indique l'importance des démissions en particulier chez les jeunes infirmières et aides-soignantes, qui, connaissant de moins bonnes conditions d'emplois, vont chercher ailleurs de meilleures conditions, ces mouvements étant favorisés par les faibles taux de chômage prévalant pour ces professions.

A l'inverse, on observe des populations cadres, davantage masculinisés, qui connaissent des conditions d'emploi spécifiques, notamment en ce qui concerne les médecins. Ainsi, par exemple, leur plus grande stabilité dans l'emploi et leur tendance au temps partiel inférieur à 50% peut s'expliquer par le fait qu'ils exercent dans différents établissement ou en libéral, en sus de leur activité dans les établissements enquêtés.

A ces différences de conditions d'emplois, vient s'ajouter la question de la rémunération. En effet, le phénomène de plafond et de parois de verre va de pair avec un différentiel de rémunération observé dans la branche entre les femmes et les hommes de 700 € en moyenne (c'est-à-dire 25% de moins en moyenne), ne s'expliquant pas principalement par des écarts injustifiés au sein de postes comparables (c'est-à-dire, selon la typologie posée dans le corps, sur le « 1^{er} effet »), mais bien plutôt par des effets de structures différenciés des conditions d'emploi et d'accès à l'emploi des femmes et des hommes (c'est-à-dire les « 2ème » et « 3ème effets »). Comme, entre autres, le fait que les femmes se polarisent sur des métiers moins rémunérateurs, avec une classification inférieure et que les proportions d'hommes progressent dans les métiers les mieux rémunérés, notamment dans certains postes de cadres. Il y a bien un enjeu de promotion de l'égalité professionnelle pour les entreprises de la branche comme travailler, par exemple, sur des formations et des recrutements ciblés sur les postes de cadres (nourrir les viviers et les campagnes de recrutement de femmes pour ces postes) et faire mieux évoluer les carrières de femmes, notamment en négociant collectivement autour des classifications possibles de certains métiers et sur les moyens de faciliter les passerelles entre métiers et les possibilités de promotion. Nous renvoyons à la partie dédiée à la rémunération au sein du corps du texte pour davantage de précisions.

Rapport final 30 décembre 2013 page 71/80





La filière soignante et concourant aux soins : le point de vigilance à avoir en termes d'égalité professionnelle entre femmes et hommes au sein de la branche

Que ce soit sur la base des analyses de questionnaires ou de l'analyse des entretiens, que ce soit dans les cliniques ou les EHPAD, une filière de métiers semble sensible sur différents aspects de l'égalité professionnelle entre femmes et hommes et requière ainsi une vigilance particulière pour la branche : la filière soignante et concourant aux soins.

En effet, cette famille de métiers qui constitue le « cœur » d'activité de la branche, regroupe un certain nombre d'indicateurs et de signes, développés dans le corps du rapport que nous ne reprenons pas ici, tant quantitatif que qualitatif, de situations défavorables pour les femmes salariées. Bien qu'elles représentent les effectifs les plus importants encore actuellement en termes d'emplois, de formations et de recrutements, et qu'elles soient très majoritaires dans la plupart des métiers (en particulier infimiers-ières, aides-soignant-e-s et sages-femmes), plusieurs indicateurs chiffrés et qualitatifs nous montrent que la situation de leurs collègues hommes minoritaires est sous certains aspects plus favorables.

Ainsi, en termes de conditions de travail, les femmes dans les métiers de soins ou concourant aux soins connaissent, de l'avis de ces salariées elles-mêmes ou de salarié-e-s d'autres métiers de la branche, des pressions et du stress spécifiques, dus à leurs contacts plus réguliers avec les patients et leur famille. De plus, les problèmes de sous-effectifs de certains établissements pèsent en premier lieu sur les basses classifications de la filière soins et concourant aux soins et donc davantage sur les femmes, celles-ci étant plus nombreuses et davantage sur les métiers de contacts avec les patients (infirmier-ières, aides-soigant-e-s, etc.). Ces conditions de travail venant s'articuler avec les images de « care » et de « nursing » qui se conjuguent de nos jours, aux yeux mêmes des salarié-e-s et de leur encadrement, davantage au féminin dans ces métiers du soin et concourant aux soins, images ayant des effets tant sur le recrutement, que sur les exigences de travail.

La classification, et la qualification dans une moindre mesure, posent problème également. Les femmes sont parfois sur représentées sur des postes peu qualifiés et peu valorisés dans les systèmes de classification, avec peu de perspective de carrière et de mobilité. Ce qui peut être le cas de tous les métiers pouvant s'exercer avec peu ou sans diplôme.

Enfin, et ceci est à relier notamment avec le point précédent, la situation des femmes en termes de rémunération n'est pas à leur avantage, celles-ci gagnant dans la branche, selon notre étude, 700 € de moins en moyenne par mois⁴⁵ que les hommes (soit 25% de moins en moyenne). Les femmes se concentrent en effet sur des postes moins rémunérateurs, avec moins de possibilité de carrière et de mobilité et sont parfois sous-représentées à certaines postes de cadres. Pour ces postes d'encadrant notre étude fait d'ailleurs apparaître des signes inexpliqués d'écarts entre femmes et hommes.

Faire progresser une perspective en termes de genre au sein de la branche pour accompagner toute action d'égalité professionnelle entre femmes et hommes

La force de changement peut se trouver au sein des explications sur la différence de sexe des salarié-e-s et de leurs encadrant-e-s. Bien que celles-ci soient souvent

Rapport final 30 décembre 2013 page 72/80

⁴⁵ Rémunération annuelle brute versée mensualisée en ETP





différentialistes, voire essentialistes, la version culturaliste que nous avons retrouvée dans plusieurs entretiens quant à la distribution sexuée des orientations, des parcours de formations et des compétences peut constituer un terreau favorable à une compréhension de rapports de genre au sein de la branche. En effet, cette compréhension est le préalable d'une déconstruction des évidences « naturalistes », qui constituent bien souvent le terreau des stéréotypes et des inégalités et de leurs justifications. A notre avis, cette perspective « déconstructiviste » par rapport au genre est une des clés du succès d'une politique durable et efficace d'égalité professionnelle au sein de la branche de l'hospitalisation privée à caractère commercial.

Les acteurs de la branche doivent ainsi avoir conscience que l'idée d'envisager le genre comme une socialisation, une construction sociale existe chez des salarié-e-s ou leur encadrement et qu'il sera ainsi judicieux de développer cette perspective par des dispositifs de sensibilisations en amont, en interne et dans le temps, afin de garantir l'efficacité et la pérennité de toute action ciblée sur l'égalité professionnelle entre femmes et hommes (que ce soit des rattrapages salariaux, des re-classifications, des politiques actives de formations, etc. ou encore des accords ou plans d'actions). Ces actions de sensibilisations peuvent être portées par la branche, au sein de programmes de formation spécifiques, et réalisées aussi bien auprès de salarié-e-s, de services de direction des sites ou des groupes, que des étudiant-e-s mais aussi plus tôt, dès la Primaire, collèges et lycées, par des visites sur sites, en partenariat avec les services d'orientation scolaires et professionnelle de l'Education nationale. Car il semble évident de nos jours, à la vue de la somme d'études et de recherches sur les questions de genre, qu'il soit nécessaire d'agir le plus précocement possible si l'on veut déconstruire et prévenir les stéréotypes de genre. Nous renvoyons d'ailleurs aux travaux en cours du commissariat général à la stratégie et à la prospective à propos de lutter contre les stéréotypes garçons-filles, travaux coordonnés par Marie-Cécile Naves et Vanessa Wisnia-Weill⁴⁶.

Prévoir un programme de sensibilisation des étudiant-e-s, en partenariat avec les écoles et en concertation avec les autres branches de l'hospitalisation et de l'accueil des personnes âgées

Dans cette idée d'initier, de sensibiliser et de développer l'égalité professionnelle et une perspective de genre au sein de la branche, il convient donc d'agir en amont, sur les viviers de recrutement.

Pour ce faire, il serait pertinent d'établir ou de renforcer les partenariats avec les écoles composant le bassin de recrutement, le tout dans une réflexion commune entre les représentant-e-s patronaux et salarié-e-s des différentes branches irriguées par ces formations initiales.

En effet, les branches de l'hospitalisation publique, de l'hospitalisation associative et celles de l'accueil public ou associatif des personnes âgées sont également soumises à des problématiques de genre et d'égalité professionnelle semblables à celles rencontrées par

Rapport final 30 décembre 2013 page 73/80

Rapport - Lutter contre les stéréotypes filles-garçons - Un enjeu d'égalité et de mixité dès l'enfance [PDF], janvier 2014, Commissariat général à la stratégie et à la prospective, Premier ministre. http://www.strategie.gouv.fr/blog/2014/01/rapport-lutter-contre-les-stereotypes-filles-garcons/





l'hospitalisation privée à caractère commercial⁴⁷.

Bien qu'ambitieuse à mettre à place, une telle dynamique « tri-partite » (Etat/Collectivités - Privé à but non lucratif - Privé à caractère commercial) serait la plus à même pour faire « bouger les lignes » de façon concertée, pleine et durable quant aux filtres d'orientation encore très fort selon le sexe à l'œuvre dans les écoles d'origine des salarié-e-s de ces branches, en particulier pour le cœur d'activité, les soins et les activités concourant aux soins. Ainsi, des chartes, ou mieux des conventions, avec les Instituts de formation des infirmier-ières, aides-soignant-e-s ou encore pour les brancardiers-ières, entre autres filières très sexuées, serait un véritable plus dans l'effort d'actions sur les viviers de recrutement et donc d'irrigations équilibrées en termes de sexe des emplois composant la branche.

En parallèle, continuer les efforts de revalorisation sur les classifications les plus basses, où sont souvent présentes davantage de femmes, au sein des négociations collectives, mais aussi par des actions de formations pertinentes soutenues par l'OPCA

Pour que la dynamique d'égalité professionnelle soit complète, il semble pertinent de continuer le travail de revalorisation des classifications les plus basses de la branche, où les femmes sont sur représentées. Cette situation entrave leur mobilité, leur carrière et leur évolution salariale. Les négociations collectives apparaissent ainsi centrales en la matière, notamment avec l'intégration systématique de ce domaine d'action au sein de tout nouvel accord de branche, mais aussi dans la déclinaison en accord et plan d'action d'entreprise.

De plus, et c'est là la principale modalité d'action de l'OPCA de la branche, il apparait pertinent de proposer au sein de son catalogue des actions de formations spécifiques permettant l'adaptabilité des personnes, mais aussi leur montée en compétences. Les réformes en cours de la formation professionnelle peuvent ainsi constituer une opportunité en la matière.

Plus largement, l'OPCA de la branche doit affirmer et développer son soutien à une programmation de formations dédiées à l'Egalité professionnelle entre les femmes et les hommes

D'une manière plus générale, il faut d'ailleurs que la commission paritaire de l'OPCA saisisse bien tout l'enjeu d'une programmation de formations spécifiques à l'égalité professionnelle, adaptées aux enjeux de la branche, dont des premiers jalons ont été posés par la présente étude. Par exemple, cette programmation peut prendre la forme de formation à l'égalité professionnelle (à ses enjeux, ses origines, ses manifestations dans les différents métiers de la branche, mais aussi à son intérêt en termes de performance accrue, d'ambiance d'équipe et de qualité de service rendu aux patients) auprès des encadrant-e-s et des directions. Ou encore, des actions de formations courtes de mise à

Rapport final 30 décembre 2013 page 74/80

En particulier concernant des problématiques quant aux viviers de recrutement communes : « Enfin, dans certains secteurs comme la Fonction publique hospitalière ou dans les grands corps de l'Etat, la détermination du vivier limite la diversité du recrutement : secteurs trop cloisonnés comme le personnel soignant avec des perspectives d'évolution réduites (situation des aides-soignantes par exemple), corps préfectoral avec un vivier peu important. » dans « L'égalité professionnelle homme - femme dans la fonction publique », rapport au Président de la République, Françoise Guégot, Députée de la Seine Maritime, janvier 2011 http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000123/





niveau des salarié-e-s concernant l'ergonomie et les postures au travail peuvent tout à fait être les bienvenues auprès de certains métiers (afin de contrebalancer l'a priori de nécessaire « force physique », par exemple, au sein des métiers de brancardiers-ières, agents de stérilisation, etc.).

Rapport final 30 décembre 2013 page 75/80





6. ANNEXES : grilles d'entretiens utilisées pour les enquêtes auprès des différents acteurs de la branche

6.1. Guide Entretiens en face-à-face auprès des DRH

L'intérêt principal de ces entretiens est d'intégrer le point de vue des DRH des structures visitées sur la situation dans le domaine de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes au sein de leur structure et au sein de la branche.

Ces entretiens seront anonymisés au sein des documents de restitution.

Durant ces entretiens en face-à-face, nous nous attacherons à :

- Caractériser l'entreprise et son historique, en particulier le service RH
- Appréhender la perception générale de l'égalité professionnelle
 - opportunité
 - contraintes et freins
 - bénéfices attendus en général au niveau sociétal et de son secteur d'activité
- Décrire la répartition des effectifs entre femmes et hommes dans la structure, selon les métiers et les services
- Aborder les critères de sélection, recrutement et de promotion des salarié-e-s
- Aborder les critères et procédure d'évaluation des salarié-e-s
- Aborder les éventuelles perceptions de différences entre femmes et hommes quant à l'exercice d'un même métier
- Parler des pratiques et expériences éventuelles de l'entreprise en matière de promotion de l'égalité professionnelle
 - recrutements
 - évolution professionnelle
 - parcours
 - accès à la promotion
 - mesures mises en place concernant par exemple l'aide à la parentalité, etc.
 - éventuel accord ou plan d'action mis en place à ce sujet
- Identifier des freins, des leviers à mettre en œuvre et les éventuels projets à court ou moyen termes pour la promotion de l'égalité professionnelle dans l'entreprise

Rapport final 30 décembre 2013 page 76/80





- Aborder les points de vue et constats sur la place et le rôle des ressources humaines en matière d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes en général
- Définir les caractéristiques socio-professionnelles des personnes rencontrées afin de mieux situer leur propos : parcours de formation, parcours professionnel, expérience en tant que RH, sexe, âge, enfants ou non, etc.

6.2. Guide Entretiens en face-à-face auprès des salarié-e-s

L'intérêt principal de ces entretiens est d'intégrer le point de vue des salarié-e-s de métiers « sensibles » (sous-représentation de femmes ou d'hommes et importance par rapport aux activités du secteur) des structures visitées sur la situation dans le domaine de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes au sein de leur structure et au sein de la branche.

Ces entretiens seront anonymisés au sein des documents de restitution.

Les thématiques et les questions possibles associées :

THEMATIQUE / OBJET	DECLINAISONS / QUESTIONS POSSIBLES
Description du poste occupé et du métier exercé	 Quel est votre métier? Quel est votre poste actuellement occupé? Quels sont vos tâches et missions? Pourriez-vous me décrire votre dernière journée de travail?
Evoquer la perception de la branche et de ses métiers	 Quel point de vue avez-vous des métiers de l'hospitalisation privée ?
Faire parler sur les représentations sur les rapports sociaux de sexe appliqués au travail et à l'emploi et en particulier à son poste et à son propre environnement professionnel	 Quels sont les effectifs de votre structure ? Quelle est la répartition femmes/hommes globalement ? Dans les métiers principaux ? Dans votre métier ? A votre poste ? Estimez-vous que l'exercice de votre métier nécessite des compétences particulières ? Estimez-vous que ces compétences soient davantage féminines / masculines ? Quelles sont vos connaissances et points de vue à propos de la réglementation actuelle en matière d'égalité pro ?
Faire parler sur les représentations de rapports de genre dans d'autres sphères sociales	 famille couple généralités articulation entre vie professionnelle et vie familiale, etc.

Rapport final 30 décembre 2013 page 77/80





et domaines de l'existence	 Ex: Quel est votre point de vue sur l'articulation entre temps professionnel et temps privé / vie de famille? Vous-mêmes comment vous organisez-vous pour la garde de vos enfants sur votre temps de travail (si vous êtes parent)?
Echanger sur les perceptions et représentations relatives aux discriminations	 Qu'est-ce qu'une discrimination au travail pour vous ? Avez-vous des exemples de discriminations en tête ?
Aborder les éventuels sentiments de discriminations ressentis durant sa carrière	 Avez-vous rencontré durant votre carrière des situations que vous qualifierez de discriminantes à l'égard de collègues ? Vous-même ? Quel était le contexte ? Dans quelle entreprise, service, moment de la carrière, etc. ?
Connaissance et point de vue sur les pratiques de l'entreprise en matière d'égalité professionnelle	 recrutements évolutions de carrière parcours accès à la promotion
Point de vue sur les freins et leviers identifiés pour la promotion de l'égalité professionnelle	 Estimez-vous que la promotion de l'égalité professionnelle entre femmes et hommes soit une priorité au sein de votre structure ? Si oui, quels sont selon vous les freins actuels à la prise en compte de l'égalité professionnelle dans votre entreprise ?
Définir les caractéristiques socio- professionnelles des personnes rencontrées afin de mieux situer leur propos	 parcours de formation initiale parcours professionnel sexe âge enfants ou non lieu de résidence actuel, etc.

Rapport final 30 décembre 2013 page 78/80





6.3. Guide Entretiens en face-à-face auprès des représentant-e-s du personnel

L'intérêt principal de ces entretiens est d'intégrer le point de vue des représentant-e-s du personnel dans le domaine de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes. Ces entretiens seront anonymisés au sein des documents de restitution.

Durant ces entretiens en face-à-face, nous nous attacherons à :

- Caractériser l'entreprise et son historique, en particulier par rapport à la fonction de représentation du personnel
- Aborder les points de vue et constats sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes :
 - au niveau national
 - au sein de son secteur d'activité
 - au sein des OS
 - au sein de son entreprise
- Aborder les connaissances et points de vue sur l'état de la réglementation
 - les connaissances et points de vue sur l'état de la réglementation en la matière
 - points de vue sur les évolutions possibles de la réglementation et de la législation⁴⁸
 - Etc.
- Lister les pratiques et expériences éventuelles de l'entreprise en matière de promotion de l'égalité professionnelle
 - recrutements
 - évolution professionnelle
 - parcours
 - accès à la promotion
 - mesures mises en place concernant par exemple l'aide à la parentalité, etc.
 - éventuel accord ou plan d'action mis en place à ce sujet
- Dresser un bilan de l'application d'un éventuel l'accord/plan d'action Egalité pro
- Aborder l'existence de retours de discriminations au sein de l'entreprise :

Rapport final 30 décembre 2013 page 79/80

⁴⁸ Par exemple, à propos de l'articulation des temps de vie et de la parentalité, il faudra réfléchir à l'impact dans le monde de l'entreprise et la sphère professionnelle et sur l'articulation des temps des travailleurs-euses de la prochaine réforme prévue du congé parental d'éducation.





- Y a-t-il eu des retours/plaintes de situations de discriminations, en particulier relative au sexe/genre ?
- Quels étaient les contextes ? Les victimes ? Leurs métiers et services ? Leur profil ? Les auteurs ?
- Aborder les points de vue sur la place et le rôle des représentant-e-s du personnel en matière d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes
- Définir les caractéristiques socio-professionnelles des personnes rencontrées afin de mieux situer leur propos : parcours de formation, parcours professionnel, parcours de représentant-e du personnel, sexe, âge, etc.

Rapport final 30 décembre 2013 page 80/80