

LES CAHIERS DES GFE

Edition 2006

POITOU-CHARENTES



Cahier du GFE 16

*"Paramédical,
travail social"*



AVANT-PROPOS

Ce cahier résulte de la mise en place de la démarche ARGOS⁽¹⁾ en Poitou-Charentes. Il est organisé en quatre parties :

- I.** Synthèse du diagnostic
- II.** Analyse suite au groupe témoin
- III.** Chiffres clés
- IV.** Annexes

Il a été rédigé suite au groupe témoin qui s'est déroulé le 5 juillet 2005 (cf. liste des participants en annexe) et d'entretiens complémentaires qui ont permis de valider et d'enrichir le travail d'analyse.

L'ensemble des travaux a été suivi de manière interinstitutionnelle par :

- L'équipe pilote qui a préparé la réunion du groupe témoin et a enrichi et validé le diagnostic était composée de :
 - M. BARTHELEMY, I.R.T.S. Poitou-Charentes
 - Mme BOSQUET, UDASSAD 17 et URASAD
 - Mme CHAUVEAU RONSIN, IFSI
 - Mme DELAFOSSE, DRASS
 - Mme DEMAY, Mission Locale du Pays des Vals de Saintonge
 - Mme FAKIR, DRASS
 - Mme GERVAIS, D.R.T.E.F.P.
 - M. GIBIER, Représentant CGT
 - Mme GIL, Région Poitou-Charentes
 - M. HAMMER, A.N.F.H.
 - Mme LESTABLE, Mission Locale de l'Arrondissement Rochelais
 - M. ROLLAND, A.N.F.H.
 - Mme SOULODRE DOS SANTOS, DAFPIC
 - M. SUANT, Représentant CFDT
 - Mme VANILHE, DRASS

- L'équipe qui a animé le groupe témoin et les réunions de l'équipe pilote était composée de :
 - animateur de séance : Nathalie BERTRAND, Région Poitou-Charentes ;
 - technicien de la planche : Hervé SCHOEN, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales ;
 - rapporteur : Patrick SAGORY, Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail.

Guy OURLIAC, concepteur de la démarche et chercheur à l'université l'université a participé à l'ensemble des travaux.

La rédaction de ce cahier a été assurée par Anne-Claire VANDERMEERSCH, chargée de mission au CARIF Poitou-Charentes.

Le présent cahier ne traite que de la partie "Paramédical, travail social". Les éléments concernant les "Soins personnels" feront l'objet d'un cahier GFE 16 bis.

(1) ARGOS : Analyse Régionale des Grandes Orientations du Schéma des formations

ARGOS : une volonté partagée, un outil au service du PRDFP

Dans le cadre de la décentralisation, la Région est dotée d'une compétence générale de programmation et de mise en cohérence des politiques de formation professionnelle conduites par l'ensemble des acteurs du territoire régional. Elle a la responsabilité de l'élaboration et de la mise en œuvre du PRDFP².

L'objet du PRDFP est, pour l'ensemble des financeurs, Europe, Etat, Région, Partenaires sociaux, d'assurer la réponse aux besoins de qualification des territoires et des entreprises, de favoriser l'adaptation et la mobilité des salariés, ainsi que l'entrée des jeunes dans la vie active, d'améliorer le retour à l'emploi des demandeurs d'emploi, l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes, de renforcer l'accueil, l'information et l'orientation et de développer la promotion sociale tout au long de la vie. L'ambition du PRDFP est, plus largement, de répondre aux défis démographiques, sociaux et économiques auxquels le territoire régional est confronté.

Afin d'aider à l'élaboration du PRDFP, les "travaux ARGOS" ont pour objectif d'apporter des éléments d'analyse et de diagnostic sur, entre autres thèmes d'investigation, la carte des formations, l'apprentissage, l'A.I.O.³ et la formation continue des demandeurs d'emploi.

Pour cela, chaque GFE est étudié en groupe témoin, c'est-à-dire lors d'une journée de travail qui réunit des partenaires sociaux, des représentants des entreprises et de leurs salariés, des professionnels de l'éducation et de la formation, des professionnels de l'orientation et des organismes d'interface entre l'entreprise et la formation ainsi que des partenaires institutionnels.

C'est une démarche d'analyse de la relation emploi formation fondée sur le rapprochement de données statistiques et qualitatives. Elle s'appuie sur :

- la mise en commun de données statistiques sur l'emploi, la formation professionnelle et le marché du travail ;
- leur classement en Groupes Formation Emploi (GFE) caractérisés par un corps de savoir-faire technologiques spécifiques ;
- leur édition sur une planche par GFE permettant de contextualiser ces données et de s'interroger sur les relations entre les emplois et les formations en évitant de les réduire à une adéquation de plus en plus rare ;
- la constitution d'une revue documentaire recensant les publications en lien avec les problématiques du GFE ;
- la tenue d'un groupe témoin par GFE auquel participent des professionnels et des partenaires institutionnels pour comprendre les logiques de fonctionnement.

La mise en place de cette démarche en Poitou-Charentes résulte de la volonté du conseil régional qui en est le commanditaire. Son pilotage a été confié à la commission 1 du C.C.R.E.F.P.⁴ dont l'objet principal de travail est le PRDFP. La maîtrise d'œuvre de la démarche a été confiée à la mission OREF⁵ du CARIF.

(2) PRDF : Plan régional de développement des formations

(3) A.I.O : Accueil, information, orientation

(4) C.C.R.E.F.P. : Comité de coordination régional de l'emploi et de la formation professionnelle

(5) OREF : Observatoire régional emploi régional formation

PRÉSENTATION DU GFE

I – SYNTHÈSE DU DIAGNOSTIC (p. 7)

II – ANALYSE SUITE AU GROUPE TEMOIN (p. 10)

A – CONTEXTE

B – FORMATION DES PROFESSIONS

C - LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

D - FORMATION

III – CHIFFRES CLÉS (p. 33)

A – LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE

B – LES PROFESSIONS ET LES SECTEURS

C – LE MARCHÉ DU TRAVAIL

IV - ANNEXES (p. 39)

Les savoirs technologiques des professionnels du GFE 16 (Groupe Formation Emploi) concourent à améliorer la santé et le bien-être des individus.

En Poitou-Charentes, selon les résultats du recensement de la population réalisé en 1999, les professions les plus représentées dans ce GFE sont :

- les assistantes maternelles, gardiennes d'enfants et travailleuses familiales (28 %),
- les aides-soignants du public et du privé (16 %),
- les infirmiers en soins généraux salariés (10 %),
- les éducateurs spécialisés (5 %),

ce qui situe ce GFE au 3^{ème} rang en termes d'actifs occupés : 10,3 % de la population active régionale.

Le principal secteur d'activité employant (en 1999) les 63 881 professionnels de ce GFE est la santé et l'action sociale (73 %).

Au cours de l'année scolaire 2002/2003, ce GFE comptait 4 350 élèves et apprentis effectuant la dernière année de leur cycle de formation (du CAP au Diplôme de niveau 2 des écoles de santé).

Environ 12 % de ces 4 350 élèves suivent une formation en apprentissage. Toutes voies confondues (apprentissage + voie scolaire), les formations les plus fréquentées dans ce GFE sont :

- les BEP (24 %),
- les Diplômes de niveau 5 (équivalent CAP-BEP) des écoles sociales (13 %) et des écoles de santé (10 %),
- les Diplômes de niveau 3 (bac +2) des écoles de santé (15 %),
- les Bacs technologiques (12 %),

Au 31 mars 2004, 6 599 demandeurs d'emploi sont inscrits à l'ANPE en Poitou-Charentes dans un métier de ce GFE, soit une augmentation de 12 % par rapport au 31 mars 2003. On trouve notamment parmi eux 32 % d'intervenants auprès d'enfants, 30 % d'intervenants à domicile et 10,5 % d'éducateurs intervenants éducatifs.

Pour l'ensemble de l'année 2003, l'ANPE a enregistré 4 596 offres d'emploi correspondant aux métiers de ce GFE, dont 57,5 % d'offres durables (contrats de plus de 6 mois) et 36 % d'offres temporaires (contrats entre 1 et 6 mois).

17,5 % de ces offres d'emploi concernent des postes d'intervenants à domicile, 13 % des postes de Coiffeurs, 12 % des postes d'intervenants auprès d'enfants, 11,5 % des postes d'éducateurs intervenants éducatifs et 11 % des postes d'aides-soignants.



II – ANALYSE SUITE AU GROUPE TEMOIN

Les métiers du GFE 16 “paramédical, travail social” ont en commun de mettre en œuvre des **compétences relationnelles qui s'exercent autour de la personne**. Les professionnels qui les exercent mettent en œuvre des compétences et des techniques différentes, selon qu'ils sont en contact de personnes malades, en difficulté sociale ou bien portantes.

Exercés à 85 % par des femmes, ces emplois, souvent à temps partiel, ont enregistré une progression spectaculaire entre 1990 et 1999, de 18 000 emplois sur Poitou-Charentes, pour atteindre près de 63 900 emplois. Les enquêtes de l'INSEE, menées au niveau national indiquent que cette progression se poursuit, enregistrant une hausse de 8 % des effectifs entre 1999 et 2002⁶.

Une part importante des professionnels de ce GFE exerce son activité dans le secteur non marchand.

Le contexte d'exercice de ces professions est fortement **impacté par les politiques publiques**, qu'il s'agisse des politiques impulsées en matière d'aide sociale, de choix de l'organisation des soins ou de réglementation sur les qualifications.

A - CONTEXTE

Les professions de santé et du travail social évoluent dans un contexte marqué par trois préoccupations :

- Répondre aux besoins de soins et de services sociaux d'une population vieillissante ;
- Répondre à la nécessité de maîtriser les dépenses de santé et réduire les déficits sociaux ;
- Utiliser les besoins croissants du secteur sanitaire et social pour mettre en œuvre une politique d'emploi ambitieuse.

L'un des premiers éléments de contexte à citer est lié au mouvement de **décentralisation**⁷ qui donne aux régions la responsabilité d'élaborer le schéma des formations sociales en association avec les départements pour la définition des besoins et le schéma régional sanitaire qui sert de référence pour la répartition des quotas entre les différentes écoles ou instituts. La Région intervient dans le financement du fonctionnement des établissements de formation. Elle attribue des aides aux étudiants en formation initiale⁸.

Ce transfert implique une nouvelle réflexion et une concertation au sein de chaque région. Ce changement de regard modifie l'approche de la problématique.

Des besoins de services en croissance

Des épisodes de crise, comme celui de la canicule de l'été 2003, ont fait prendre conscience d'une nécessaire **organisation des services de soins et de prévention**, notamment auprès de publics fragilisés par le grand âge et l'isolement. Ils ont également mis en évidence des dysfonctionnements du système de santé, révélant des pénuries de main d'œuvre.

Causes démographiques : le vieillissement de la population

Que ce soit par l'allongement de la durée de la vie ou par l'arrivée de populations âgées qui choisissent Poitou-Charentes pour passer leur retraite, on constate, dans notre région, un rapide **vieillessement de la population**.

(6). **Les services créateurs d'emplois salariés**. Les effectifs salariés entre 1990 et 2000, tous secteurs confondus, augmentent de plus de 48 600 soit près de 11 % sur la décennie en Poitou-Charentes, contre 8,3 % au niveau France. Le secteur des services a le plus contribué à la progression de l'emploi salarié de la région. Ces gains concernent principalement les services aux particuliers et aux entreprises. Au contraire, le secteur de l'industrie perd 8 000 emplois en 10 ans. ARTICLE : DECIMAL n°217, INSEE POITOU-CHARENTES, Août 2001, pp. 1-3 ref. Carif : 5890

(7). Cf. annexe 1.

(8). **Formations paramédicales**. La Région est compétente depuis le 1er janvier pour attribuer des aides aux étudiants inscrits dans les instituts et écoles de formation du secteur paramédical. Un décret du 4 mai a déterminé les conditions de mise en œuvre de ce transfert de compétences prévu par la loi du 13 août 2004 (art 53 à 55), à partir du 1er janvier 2005. Dans le cadre d'une procédure transitoire et pour éviter toute rupture aux étudiants, la Région a décidé d'octroyer une bourse à 115 étudiants et élèves, pour un montant global de 328 566 euros. Dans le cadre du Programme régional de formation, la Région finance 242 places de formation, en partenariat avec l'Assédic, pour des demandeurs d'emploi entrés en février 2005 en formation d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture. Elle prend en charge, selon la situation des bénéficiaires au regard de l'Assurance chômage, 90 ou 100 % des coûts de formation. Les bénéficiaires non indemnisés par l'Assédic pourront percevoir une rémunération selon les règles applicables par la Région au profit des stagiaires de la formation professionnelle. ACTUALITES CARIF POITOU-CHARENTES – Mai 2005

En effet, la part des plus de 60 ans qui était en 1999, de 25,8 %, ne cesse de s'accroître, et les projections de population indiquent qu'elle avoisinerait, les 38 % en 2030. Dans ce contexte, et sachant que c'est souvent pendant les dernières années de vie que la **dépendance** s'accroît et que le recours aux services de santé sont les plus forts, les conséquences en termes de besoin de soins et de services sociaux sont en croissance.

Dans ce cadre, le champ de **l'aide à domicile** a progressé rapidement, tant numériquement, du fait de la nécessité d'embaucher du personnel pouvant assurer ces services, que du point de vue de la qualité face aux exigences de la demande des bénéficiaires.

Des causes sociétales multiples

Les raisons sociales au développement des services aux personnes sont liées à divers facteurs. Peuvent être cités :

- l'augmentation du **travail des femmes** qui conduit à une externalisation de certaines tâches jusqu'alors assurées par la famille elle-même ;
- **l'accroissement du niveau de vie moyen des français** au cours des dernières décennies (+ 20 % en 20 ans) ;
- l'importance des **aides publiques à la solvabilisation de la demande** qui ont permis de démocratiser l'accès aux services à la personne⁹ ;
- l'augmentation du nombre de **familles monoparentales** (+ 23 % entre 1990 et 1999).

Combiné à ces évolutions, un mouvement de **précarisation** d'une frange de la population, du fait de la hausse du chômage, la baisse du pouvoir d'achat pour une partie de la population, génère un recours accru aux services des **professionnels des services sociaux** sollicités pour venir en aide à des personnes dont les situations sont souvent difficiles.

Depuis une quinzaine d'années, le secteur de l'action sociale et de l'intervention sociale a connu un développement significatif lié à une diversification de ses missions à tous les aspects de la vie sociale¹⁰ (santé, travail, éducation, lutte contre l'exclusion...).

La maîtrise des coûts sociaux et de santé

Dans ce contexte d'évolution démographique et sociale, on constate que les dépenses financées par la collectivité (la sécurité sociale...) sont en constante progression. Dans un contexte budgétaire tendu, les déficits chroniques des comptes sociaux français (maladie, vieillesse...) sont souvent évoqués dans le débat politique et la maîtrise des coûts sociaux et de santé est à l'ordre du jour de manière récurrente.

En matière sociale, face à l'allongement de la durée de la vie et à l'augmentation de la dépendance de la population âgée, les pouvoirs publics répondent par la mise en place d'un certain nombre de mesures d'accompagnement financières, telles que **l'allocation personnelle d'autonomie** (APA). Entrée en vigueur le 1er janvier 2002, elle vise une meilleure prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées¹¹ pour accomplir les gestes ordinaires de la vie courante. De même, pour accompagner les évolutions de la société citées plus haut (travail des femmes, augmentation de la précarité, du chômage...) des nombreuses prestations¹² sont financées par la collectivité.

(9). **Dynamisme du secteur des emplois familiaux en 2002.** Après une année 2001 en demi-teinte, l'année 2002 est marquée par une nouvelle expansion du secteur des emplois familiaux : le nombre d'employeurs augmente de 4,8 % tandis que l'activité, mesurée par le nombre total d'heures de travail, progresse de 7,9 %. Cette progression ne résulte pas d'une augmentation des effectifs mais d'un accroissement du nombre d'heures travaillées par salarié. La montée en charge de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) a certainement impulsé ce mouvement : en juin 2003, parmi les 720 000 personnes âgées dépendantes qui en bénéficient, 54 % vivent à domicile. (d'après le résumé de la revue) ARTICLE : PARTAGE n°170, janvier 2004, pp. 16-17 ref. Carif: r1495

(10). **"ECHO des filières - Le social, un secteur en pleine évolution"**, Picto Doc spécial social, L'information sur les métiers et les formations en Poitou-Charentes n°3, mai-juin 2002, ONISEP.

(11). **L'aide à domicile recrute avec l'appui de l'ANPE.** La mise en place de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) a accru le volume d'activité de l'ensemble des associations de l'aide à domicile. Pour répondre aux besoins des employeurs et anticiper les recrutements, les équipes des agences locales pour l'emploi d'Angoulême, de Cognac et de Confolens se sont mobilisées. ARTICLE : CARIF INFO n°186, mai 2003, p. 5 ref. Carif : n1931

(12). Notons dans les différentes branches de la sécurité sociale, un certain nombre d'allocations ou dispositifs :

• Branche famille de la sécurité sociale : Les allocations familiales (AF) ; la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) ; le complément familial (CF) ; l'allocation d'éducation spéciale (AES) ; l'allocation de soutien familial (ASF) ; l'allocation de rentrée scolaire (ARS) ; l'allocation de parent isolé (API) ; l'allocation de logement à caractère familial (ALF) ; l'allocation de logement à caractère social (ALS).

• Branche santé : le couverture maladie universelle (CMU)

• Branche vieillesse : le minimum vieillesse.

A ces prestations s'ajoutent le Revenu minimum d'insertion (RMI), le Revenu minimum d'activité (RMA)...

Compte tenu de ces tendances, du déséquilibre des comptes de la sécurité sociale, des efforts de limitation des dépenses de l'Etat, un mouvement de maîtrise des coûts est engagé. Il se traduit de multiples façons :

- Déremboursement ou remboursement partiel de certains médicaments, participation des patients au financement de certains examens, contrôles renforcés sur les arrêts de travail et certaines prescriptions...
- le **développement du maintien à domicile** (hospitalisation à domicile...), le plus longtemps possible, conciliant les souhaits des personnes âgées et de leurs familles avec la nécessaire maîtrise des dépenses sociales.
- La **réforme du financement des établissements de santé** vise à faciliter les coopérations nécessaires entre les établissements publics et les cliniques privées¹³ : la **tarification à l'activité**. est un mode de financement qui fonde l'allocation des ressources aux établissements de santé publics et privés sur la nature et le volume de leur activité réalisée.¹⁴
- La **réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes** (EPHAD)¹⁵ repose sur la mise en œuvre de cinq principes fondamentaux : transparence des coûts et des prises en charge, renforcement des moyens médicaux, solidarité envers les personnes âgées dépendantes grâce à l'APA, démarche qualité dans les établissements et mise en œuvre d'un partenariat à travers les conventions tripartites. Ces conventions sont signées pour 5 ans entre l'EPHAD, le président du conseil général et l'autorité compétente pour arrêter le tarif soins (préfet ou directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation). Elles établissent, à partir d'un cadre national, les conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan budgétaire et en matière de qualité de la prise en charge des personnes âgées.

Plan de développement des services à la personne : la valorisation d'un gisement d'emplois

Dans le cadre du plan de cohésion sociale, le **plan de développement des services à la personne**¹⁶, identifie ces services comme un gisement d'emplois en plein développement. Les perspectives sont importantes, puisqu'en Poitou-Charentes, on évalue à 12 500, le nombre des emplois qui pourraient être créés dans le domaine des services au sens large. Cependant, de multiples freins au développement de ce secteur sont repérés¹⁷ :

- l'accès aux services à la personne est perçu comme **coûteux** et **complexe**;
- les **conditions d'exercice des métiers** des services à la personne sont **insuffisamment attractives** et les **filières de formation** qui mènent à ces métiers sont **insuffisamment développées** ;
- les obstacles au développement d'une offre de services de **qualité** sont nombreux, du fait notamment de la très grande lourdeur des procédures d'agrément qui ne sont pas assez centrées sur des préoccupations de qualité.

Pour permettre à ce secteur de doubler son rythme de croissance au cours des trois prochaines années, le plan identifie 19 actions réparties dans 3 programmes cadre dont l'objectif est de lever simultanément l'ensemble de ces freins¹⁸.

(13). **Hôpital 2007 : la Mission "Tarification à l'activité"** <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/tza>

(14). Les bénéfices attendus de la réforme sont de plusieurs ordres :

- Une plus grande médicalisation du financement ;
- Une responsabilisation des acteurs qui génèrera une incitation à s'adapter ;
- Une équité de traitement entre les secteurs ;
- Le développement des outils de pilotage médico-économiques (contrôle de gestion) au sein des hôpitaux publics et privés.

Avant la mise en place de la tarification à l'activité, deux systèmes existaient : le système de la dotation globale qui concernait les hôpitaux publics et les hôpitaux privés participant au service public (PSPH) ; un système de tarification à la journée et de forfait lié aux actes réalisés, pour les cliniques privées.

(15). Réforme mise en place dans le cadre de la loi du 20 juillet 2001. http://www.plan-retraite.fr/plan_retraite_mag.htm

(16). Dans le **plan de développement des services à la personne**, les professions identifiées recouvrent à ce titre des activités et des métiers très diversifiés s'exerçant dans cinq grandes catégories de domaines :

les services à la famille : garde d'enfants, soutien scolaire, promotion de toutes les formes d'assistance permettant le maintien à domicile des personnes dépendantes, ... ;

les services associés à la promotion de la santé à domicile ou sur le lieu de travail : soins à domicile, prestations associées à l'hospitalisation à domicile, soutien psychologique, action d'information et de prévention, ... ;

les services associés à la qualité de vie quotidienne à domicile (assistance informatique, portage de repas, petites réparations, coiffure, entretien de la maison ...) ou sur le lieu de travail (services de conciergerie en entreprise, assistance vie pratique, ...)

les services associés au logement et au cadre de vie (gardiennage, jardinage, conseils ponctuels en aménagement, ...)

les services d'intermédiation (conseil juridique ponctuel, assistance aux démarches administratives, aide à la recherche d'un logement, ...).

(17). **Le plan de développement des services à la personne**. Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion Sociale, Mission de développement des services à la personne, 16 février 2005.

http://www.travail.gouv.fr/actualites/pdf/Rapport_SP.pdf

(18). **Accords Etat – Fédérations** : Jean-Louis Borloo a signé mardi 19 juillet 2005 un accord entre l'Etat et l'Association du service à domicile (ADMR) "prévoyant le recrutement de 12.000 contrats d'avenir sur trois ans". Après l'accord signé avec l'Union nationale de soins et de services à domicile (UNASSAD) le 23 juin, cela porte à 27 000 le nombre de contrats d'avenir attendus dans les trois ans dans le secteur des services à la personne.

Le premier a pour objet d'accélérer le développement de grandes enseignes multi-services de référence ; le second consiste à réorganiser l'administration de l'Etat pour mieux reconnaître l'importance des services et le troisième consiste à adapter les réglementations pour dynamiser le développement d'une offre plurielle de qualité.

Les actions citées visent à **simplifier** le recours au service et d'en **réduire le coût** (l'allègement des charges sociales, chèque emploi service universel...) pour promouvoir un accès universel à des **services de qualité**. Autre objectif visé, centré sur les salariés, consiste à **améliorer les conditions de rémunération, les droits sociaux et les conditions de formation des salariés**. La réalisation de cet objectif prévoit l'extension à toute la branche de l'aide à domicile à but non lucratif des dispositions de l'accord de 2002 **revalorisant de 24% les grilles de rémunération du secteur**.

D'autres axes de progrès seront proposés à la négociation des partenaires sociaux : lutte contre le travail à temps partiel subi, remboursement des frais de transport dans la branche du particulier employeur, institution de véritables filières de formation professionnelle...

Enfin un **plan de développement accéléré de la validation des acquis de l'expérience** (VAE) sera mis en oeuvre de 2005 à 2007. Le troisième objectif consiste à donner aux entrepreneurs du secteur (associations, entreprises, représentants des particuliers employeurs) un cadre favorable au développement de leurs activités et à la promotion de la qualité de leurs prestations : simplification des procédures d'agrément ; incitations à la certification de qualité par des organismes indépendants agréés par l'Etat...

Aujourd'hui, en Poitou-Charentes, on constate que le domaine de la prévention, que ce soit dans le domaine social ou dans celui de la santé, est encore peu investis.

La loi de programmation de la cohésion sociale du 18 janvier 2005, renove les contrats aidés par la création, dans le secteur non marchand, du contrat d'accompagnement à l'emploi (CAE) et du contrat d'avenir (Cav). Appelés à se substituer aux contrats emplois solidarité (CES) et aux contrats emploi consolidé (CEC), le gouvernement a décidé la création d'ici la fin 2005, **dans le secteur sanitaire non marchand** de 25 000 CAE ou Cav et de 35 000 en 2006. L'objectif affiché pour Poitou-Charentes est considérable : **1 485 nouveaux contrats aidés devront être signés** avant le 31 décembre 2005, plaçant la région au quatrième rang des régions françaises¹⁹. L'Etat prend en charge 90 % de la rémunération mensuelle brute. Pour procéder aux recrutements, il est conseillé aux agences régionales de l'hospitalisation de se rapprocher du service public de l'emploi qui pourra organiser une pré-sélection des candidats (ou) sélectionner les candidats éligibles.

On constate une certaine contradiction dans cette politique entre une logique d'absorption du chômage et une logique financière.

(19). <http://www.fhf.fr/fhf/docs/doc1.pdf>

B - FORMATIONS ET PROFESSIONS

Les professions de la santé et du travail social pour lesquelles la relation formation emploi est souvent univoque ont enregistré une croissance importante du nombre d'actifs. L'évolution des métiers est caractérisée par un mouvement de professionnalisation et une productivité accrue.

Définitions

Domaine sanitaire

L'une des particularités de ce GFE est qu'il comprend des **professions réglementées**. La définition des professions de santé réglementées s'appuie sur leur conception juridique : « les professions de santé regroupent les seuls professionnels médicaux et paramédicaux dont le droit d'exercice et les actes sont réglementés par une disposition ou par un texte pris en application de la loi ». C'est le Code de la santé publique qui réglemente ces différentes professions médicales et auxiliaires médicaux et de pharmacie.

Quatorze professions y sont recensées²⁰. D'autres professions de santé interviennent dans la production de service de santé, sans pour autant être réglementées par le Code de santé publique : c'est le cas de la profession d'aide-soignant.

Métier	Intitulé	Formation			
		Niveau	Réglementée	Quotas	Accessible par la VAE
Sage femme	Diplôme d'Etat de sage-femme	2	Oui		Non
Infirmière anesthésiste	Diplôme d'Etat infirmier anesthésiste	3	Oui		Non
Cadre de santé	Diplôme cadre option sage-femme, masso-kinésithérapie, laboratoire d'analyses de biologie médicale, d'ergothérapie, infirmier, infirmier de secteur psychiatrique ou manipulateur d'électroradiologie médicale	2		35	Non
Manipulateur d'électroradiologie	Diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale	3			Non
Masseur Kinésithérapeute	Diplôme d'Etat de masseur kinésithérapeute	3		25	Non
Infirmière	Diplôme d'Etat d'infirmier	3	Oui	730	Non
Aide-soignant	Diplôme professionnel d'aide-soignant	5			Oui
Auxiliaire de puériculture	Diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture	5			Oui

Domaine social

L'expression « travailleur social » est un terme générique qui permet de regrouper sous un vocable unique un ensemble de professions en réalité très variées, dont les effectifs sont loin d'être comparables en masse. Dans le GFE 16, trois grandes familles de professionnels peuvent être distinguées au regard des missions principales exercées²¹ : les professions éducatives, les professions de l'aide et les assistantes maternelles.

Le tableau ci-contre présente les formations dépendant du ministère des affaires sociales :

(20). Cf. Annexe

(21). Une quatrième famille fait également partie du champ social. Il s'agit des professions chargées de l'animation. Dans la démarche ARGOS, elles sont classées dans les GFE 17 "Hôtellerie, restauration, tourisme, animation, sports, loisirs".

Métier	Formation		
	Intitulé	Niveau	Accessible par la VAE
Aides médico-psychologiques	Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique	5	Oui
Technicien de l'intervention sociale et familiale	Technicien d'intervention sociale et familiale	5	Oui
Auxiliaire de vie sociale	DE d'auxiliaire de vie sociale DEAVS ²²	5	Oui
Moniteur éducateur	Certificat d'aptitude aux fonctions de moniteur éducateur	4	
Assistant de service social	DE assistant de service social	3	Oui
Educateur spécialisé	DE d'éducateur spécialisé DEES ²³	3	Oui
Educateur jeunes enfants	DE éducateur de jeunes enfants	3	Oui
Educateur technique spécialisé	Certificat d'aptitude aux fonctions d'éducateur technique spécialisé	3	Oui
Médiateur familial	diplôme de Médiateur familial	2	Oui
Cadre intermédiaire	CAFERUIS ²⁴	2	Oui
Directeur	CAFDES ²⁵	2	

Pour exercer leur profession, les **assistantes maternelles** doivent être agréées. Elles doivent déposer une demande d'agrément auprès du conseil général de leur domicile et suivre une formation en cours d'emploi obligatoire (60 heures pour l'accueil de jour, 120 heures pour l'accueil permanent). La convention collective de travail des assistants maternels du particulier employeur²⁶, publiée au journal officiel du 28 décembre 2004, est applicable au 1^{er} janvier 2005. Elle précise les conditions d'emploi, d'accueil de l'enfant, de rémunération des assistantes maternelles agréées ainsi que leurs garanties sociales : mise en place d'un régime obligatoire de prévoyance, pour couvrir les risques d'incapacité et d'invalidité ; création d'un droit à la formation professionnelle. De plus, le statut des assistantes maternelles a été refondu par la loi du 27 juin 2005. Ce processus de clarification des conditions d'exercice de la profession, participe d'un mouvement de **professionnalisation** et d'une meilleure **reconnaissance de cette profession**.

Evolutions des métiers : productivité, professionnalisation

Evolution quantitative

Les données statistiques collectées pour la préparation du groupe témoin indiquent une progression du nombre d'emplois en Poitou-Charentes de l'ordre de 18 000 entre 1990 et 1999. Cette évolution peut être expliquée par l'impact de la politique publique et par des évolutions législatives, réglementaires, ou contractuelles qui ont conduit à recruter de nouveaux professionnels.

Cet accroissement massif du nombre des professionnels est "dopé" par un certain nombre de politiques publiques citées plus haut (mise en place de l'allocation personnelle d'autonomie...), dont les impacts ne sont pas toujours faciles à estimer lors de leur mise en place. A titre d'exemple, l'un des participants au groupe témoin indique qu'en Charente, 300 personnes sont recrutées tous les ans pour faire face aux besoins croissants de services à domicile. En Charente-Maritime, c'est 1 000 en trois ans. C'est aussi le cas aujourd'hui de la politique d'intégration dans le système scolaire des personnes handicapées²⁷ qui peut avoir des impacts sur les institutions sociales et médico-sociales.

Evolution qualitative

Des emplois sous pression

A l'heure du contrôle des dépenses de santé, la mise en place de la **tarification à l'activité** dans les établissements de santé, génère des mutations dans le fonctionnement du système de santé. Les établissements, pour être "rentables", doivent prendre en charge des patients "rémunérateurs", écourtant de ce fait les séjours des patients.

(22). DEAVS : Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale(23). DEES : Diplôme d'État d'Éducateur spécialisé (conjoint avec l'Éducation nationale et validé par elle)

(24). CAFERUIS : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale

(25). CAFDES : Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Direction d'Etablissement et Service d'Intervention Sociale

(26). http://www.fepem.fr/fr2/version_1.1/non_securise/page_01_1_7_3.html

(27). Loi du 13 février 2005.

Pour raccourcir la durée des séjours, la rotation des malades est plus rapide. Les hôpitaux spécialisés se concentrent sur le traitement de la phase aiguë de la maladie des patients, suite à quoi les malades sont transférés vers des “lits d’aval” en établissements de longs ou moyens séjours, voire vers l’hospitalisation à domicile dès cette phase aiguë traitée. Les professionnels présents au groupe témoin indiquent l’importance de la mise en place de relais qui se mettent en place en réseaux pour gérer ces transferts.

Conséquence de ce mouvement, les personnels, qu’ils interviennent en établissement ou à domicile, ont à gérer des **pathologies lourdes. Les rythmes de travail s’accroissent** : on constate que le **nombre d’actes réalisés dans la même journée a parfois doublé en 10 ans.**

Parallèlement à cela, la pénurie de personnel de santé, infirmières²⁸ et aides-soignants notamment, conduit souvent les équipes à fonctionner en **sous effectifs**. De plus, la mise en place des 35 heures n’a pas toujours été accompagnée de créations de postes supplémentaires, et s’est traduite par une intensification de l’activité.

Cette tendance à la **hausse de productivité**, conduit les professionnels à vivre un paradoxe, vecteur de tension entre l’intensification de l’activité et le développement de processus qualité du service à rendre aux patients. Cette tension est génératrice de stress. Le professionnel est souvent frustré de ce manque de temps de communication à l’autre, ce qui peut le conduire à procéder avec détachement et à perdre le sens de son engagement personnel.

L’ensemble de ces tendances contribue à une **usure professionnelle prématurée**, tant sur le plan physique (progression du nombre de lombalgies...), que sur le plan moral, on parle parfois de “dépressions ordinaires” de professionnels surexposés à des situations personnelles difficiles. Conséquences de ce mouvement, les arrêts maladies des personnels sont en croissance.

Le mouvement de professionnalisation dans l’aide à domicile

Un mouvement de **professionnalisation** du secteur de l’aide à domicile s’est mis en place dans le privé. Un accord de branche signé le 29 mars 2002 tend à garantir des qualités de prestations. Il définit une classification des emplois et apporte des précisions quant aux tâches, les fonctions et les salaires pratiqués.

Aujourd’hui, coexistent sur le territoire, des structures qui ont intégré les enjeux et proposent des services de qualité et forment leurs salariés, ainsi que des structures qui ont peu évolué. Pour ces dernières, les organismes de tutelle et les branches professionnelles²⁹ devraient faire des efforts pour les sensibiliser à la qualité, voire à les pénaliser du fait de la mauvaise image qu’elles véhiculent auprès des bénéficiaires de leurs services.

Des transferts de tâches

Le contexte de pénurie de main d’œuvre, la charge importante de travail et la tendance à l’économie, notamment en charges de personnel, conduit à des situations dans lesquelles les professionnels assurent parfois des tâches pour lesquelles ils n’ont pas la qualification requise.

C’est le cas dans le **domaine social** où sont confiées à des personnes ayant une qualification de niveau 5, des responsabilités ou tâches théoriquement dévolues à des personnels de niveau 4 ou 3 : “*Il y a des espèces de tuilage AMP³⁰, moniteurs éducateurs, éducateurs spécialisés, avec des personnes qui ont des fonctions exercées auparavant par des éducateurs spécialisés, et qui peuvent l’être par des moniteurs éducateurs ou des AMP. Une reconfiguration des métiers s’opère*”.

(28). **La profession infirmière en mutation : éléments de réflexion à partir d’exemples européens.** Comment évolue le métier d’infirmier dans le contexte de restructuration des systèmes de soins ? Faut-il craindre une pénurie des professionnels infirmiers en France et chez nos voisins ? Quelles sont leurs conditions d’exercice et de rémunération ? La profession infirmière qui, avec les aides-soignants, représente de loin la première profession de santé, évolue dans la majorité des pays du continent européen. Cet article met en lumière les préoccupations actuelles de cette profession : démographie, statut, conditions d’exercice, rémunération, responsabilité, droit de prescription... La mutation de la profession traduit une volonté d’adaptation à l’évolution des systèmes de santé et un besoin de reconnaissance de la profession. ARTICLE : PARTAGE n°146, janvier 2001, pp. 39-40 ref. Carif : r1149

(29). **Développer l’offre de services à la personne** La demande dans les services à la personne est très élevée. Pour révéler ce gisement d’emploi, les mesures de politique économique des vingt dernières années ont principalement visé à **solvabiliser la demande**. L’enjeu est désormais de professionnaliser le secteur afin de garantir la qualité du service (prestation à domicile, valeur ajoutée dans l’intermédiation) et la qualité des emplois (sortir de la précarité des petits boulots). Quels sont les acteurs de demain dans les services à la personne ? Comment s’organiseront-ils pour structurer le marché ? Dans un secteur intensif en main-d’œuvre, caractérisé par de faibles marges et des risques d’image importants, il n’y a certainement pas de mode d’organisation miracle. En revanche, la diversité des structures d’offre peut être un atout. Sous quelles conditions les grandes enseignes auront-elles intérêt à rentrer sur le marché ? Les réseaux déjà existants (service public) peuvent-ils être mobilisés pour distribuer des services à la personne ? Les réseaux de franchisés sont-ils aptes à fédérer des structures déjà existantes ? L’emploi de gré à gré, mode d’organisation spontané mais peu structurant, restera-t-il dominant ? Si l’État doit intervenir pour favoriser la structuration de l’offre dans l’objectif de créer des emplois, encore faut-il que ce ne soit pas à fonds perdus. Quelles sont les voies de développement les plus prometteuses ? Ce cahier apporte une première contribution pour évaluer les conditions d’émergence, la viabilité et la capacité structurante de différents modes d’organisation du secteur dans la décennie à venir. DOCUMENT NUMERIQUE : COMMISSARIAT GENERAL DU PLAN, 1/5/2005, 90 p. Réf Carif : L3257

(30). **AMP** : Aide Médico-Psychologique.

Dans le **champ sanitaire**, on observe qu'une partie des personnels est qualifiée de "**faisant fonction de...**". On constate que la réglementation tend à une **spécialisation des effectifs**. Cela se traduit par une réglementation en constant développement, une recherche de certification toujours plus exigeante (regroupement des formations d'infirmier et infirmier psy, création des formations de spécialité infirmière de bloc...). Ceci s'accompagne d'une augmentation du temps de formation obligatoire. Cette exigence de qualité, qui répond par ailleurs aux aspirations des patients et des pouvoirs publics, vient un peu en décalage avec la réalité du terrain où, malgré les efforts consentis de recrutement et de qualification, les services sont obligés de faire face à des manques de personnels qualifiés au niveau d'exigence requis par les textes. C'est ainsi que des professionnels sont amenés à élargir leur champ d'intervention. On constate donc une présence de "faisant fonction" à tous les niveaux sans pour autant que l'on puisse affirmer qu'il s'agisse d'un choix de gestion des ressources humaines mais plutôt d'une conséquence du marché du travail. C'est le cas pour les infirmières de bloc opératoire qui doivent théoriquement être titulaires d'un diplôme d'état IBODE³¹ ; or, compte tenu du déficit de ce type de personnel, ce sont souvent des infirmières "classiques" qui assurent ces actes.

Le développement des interventions à domicile conduit à **l'émergence d'un champ médico-social**. La pratique professionnelle d'une activité, qu'elle relève initialement plutôt du domaine social (Auxiliaire de vie sociale...) ou du domaine sanitaire (aide-soignant, infirmier...) nécessite un élargissement des compétences par rapport aux pratiques observées en établissement. En effet, le professionnel qui intervient à domicile doit pouvoir proposer une approche globale de service à la personne. C'est pourquoi les limites habituellement identifiées entre les différentes professions se brouillent ou sont parfois amenées à se chevaucher. Une infirmière, en plus de réaliser des actes techniques codés comme tels dans des référentiels d'activité, devra par exemple pouvoir aider la personne à se déplacer, et une aide médico-psychologique devra s'assurer que la personne a bien pris son traitement... Cette tendance conduit à **modifier les identités professionnelles**. C'est le cas pour les AMP et des aides-soignants qui constatent, quand ils interviennent à domicile, des proximités dans leur mode d'approche des individus.

Des responsabilités accrues

Les responsabilités des professionnels de ce GFE sont particulièrement importantes puisqu'elles interviennent auprès de personnes en souffrance. Cette responsabilité s'accroît depuis plusieurs années, par le développement d'une forme de « **judiciarisation** » de l'action sanitaire et sociale, concrétisée par le développement important du nombre d'affaires portées devant les tribunaux. Cette pratique de la saisine d'un juge tiers, formée fréquemment dans l'espoir de l'obtention d'une réhabilitation en premier lieu morale, révèle une mutation profonde de la relation entre les patients et les professionnels de santé. On remarque même qu'en cas de problème, l'institution ne porte plus la responsabilité mais qu'elle se retourne vers les personnes qui ont fait l'acte.

Pour se prémunir de cette dérive de la société, mais également dans un but de meilleure **information des malades**, les professionnels sont désormais contraints d'informer les usagers des risques encourus par les gestes médicaux ou des éventuelles effets secondaires de traitements... Cette information et l'importance de la réglementation participent de la multiplication des **tâches administratives** par des personnels dont ce n'est pas la fonction première.

Des conditions de travail qui restent difficiles

Travail de nuit, le week-end, permanences, **horaires** variables d'une semaine à l'autre, **temps partiel subi**³², **isolement** pour le travail à domicile, les conditions de travail des professions du GFE, dans les domaines de la santé, du social et de l'aide à domicile, même si elles ne sont pas nouvelles, ne s'améliorent pas du fait de la pénurie de main d'œuvre.

Les professionnels ont également à intervenir, de plus en plus fréquemment dans des situations de **violence ou d'agressivité**. Violence physique ou morale, elle se rencontre dans les services d'urgence, de psychiatrie, dans les "foyers" (centre d'hébergement et de réinsertion sociale), ou dans l'intervention sociale et familiale.

L'émergence de nouveaux métiers

Depuis une dizaine d'années, on assiste à l'émergence de nouvelles fonctions sociales auxquelles on a souhaité faire correspondre de nouveaux métiers. Les métiers de médiation³³ sont alors développés, soutenus par le développement des emplois jeunes et la mise en place de politiques visant à la résorption des clivages socio spatiaux, telle la politique de la ville.

(31). **IBODE** : Infirmier(e) de bloc opératoire

(32). Une enquête conduite par l'INSEE en 1999 montre une forte augmentation du travail à temps partiel, la part de ce temps de travail étant passée de 6% en 1983 à 23% en 1999. Plus du quart des aides-soignants déclare qu'il aimerait travailler davantage et 85 % d'entre eux qu'ils souhaiteraient travailler à temps plein. Ce désir est plus marqué dans le secteur privé, où il touche 32% des aides-soignants travaillant à temps partiel, que dans le secteur public (24%).

(33). **Pratiquer la médiation sociale**. Restaurer ou recréer du lien social telle est la mission principale des médiateurs. Ces acteurs des quartiers sensibles apportent une présence rassurante pour les habitants, susceptible de favoriser leur dialogue et d'endiguer les débordements des éléments les plus anti-sociaux. Aujourd'hui dénommés "agents locaux de médiation sociale" ils occupent une fonction indispensable ; à l'heure où s'achève le dispositif emplois-jeunes la question de l'avenir de ces agents et leur professionnalisation se pose. L'auteur insiste sur la nécessité de mettre en place des itinéraires adaptés, qui soient véritablement qualifiants. Cet ouvrage s'adresse à ceux qui sont chargés de l'encadrement et de la formation d'agents locaux de médiation sociale et à tous ceux qui veulent expérimenter cette nouvelle voie. OUVRAGE : PETITCLERC Jean-Marie, DUNOD, 2002, 172 p. ref. Carif : £3053

C - LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

La gestion des ressources humaines au sein de ce GFE est marquée par :
Des tensions sur le marché du travail qui se traduisent par des difficultés de recrutement et permettent le développement de l'intérim ;

- Une attractivité des métiers contrastée selon les professions ;
- Une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences concentrée sur la qualification des actifs de bas niveaux et qui doit anticiper des départs massifs en retraite, notamment pour les fonctions d'encadrement ;
- Des usures professionnelles préoccupantes dans un contexte où les parcours professionnels sont peu valorisés et les passerelles entre les métiers sont rares.

On observe que les actifs du GFE sont plutôt des **femmes** (82 %) et que la tendance est à leur **vieillesse** (la moyenne d'âge des éducateurs spécialisés est passée de 36 à 40 ans entre 1990 et 1999 ; 35 à 39 ans pour les infirmières), d'où la nécessité de mener des politiques qui tendent à limiter certains déséquilibres.

Plusieurs participants au groupe témoin s'accordent pour dire que l'absence d'hommes dans les équipes éducatives ou de soins, pose des problèmes et que la mixité des professionnels contribuerait à améliorer la qualité du service rendu et faciliterait les conditions d'exercice. En effet, les compétences apportées par les hommes, que ce soit par leur force physique quand il faut manipuler certains patients ou par un autre type de relation qu'ils apportent, sont précieuses et appréciées.

Dans le domaine de la santé, l'observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière a élaboré un **répertoire des métiers** devant permettre aux établissements de disposer d'un outil gestion et d'anticipation autant collectif qu'individuel des ressources humaines³⁴.

Une pénurie de main d'œuvre, des métiers en tension

Les difficultés de recrutement

L'augmentation des besoins de personnel, renforcé par le nécessaire renouvellement d'une population active vieillissante n'étant pas accompagné par une augmentation du nombre de personnes à la recherche d'un emploi dans ce domaine, crée des tensions sur le marché du travail. Selon un rapport du commissariat général au plan³⁵ réalisé au niveau national en 2002, "d'ici 2010, les besoins d'infirmiers et de sages femmes sont évalués à 172 300, les aides-soignants à 141 000, les employés à domicile 144 600 et les assistants maternels 600 800". Pour conforter ce constat, l'UNEDIC³⁶ indique, dans une enquête menée en 2005 auprès des établissements qui voulaient embaucher des professionnels sur des fonctions sociales et médico-sociales, qu'en Poitou-Charentes, 53 % d'entre eux rencontraient des difficultés de recrutement. Et dans 70 % des cas, ils n'arrivaient pas à trouver sur le marché du travail les aides-soignants dont ils avaient besoin. Quant aux éducateurs spécialisés, ils leur faisaient défaut dans 47 % des cas.

(34). Le répertoire des métiers : un outil de gestion des ressources humaines à la disposition des décideurs et des personnels (http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/repert_metierfph/accueil/enjeux.htm)

Dans le contexte évolutif précédemment décrit, il est indispensable de disposer d'un outil au service de la gestion des ressources humaines et de ses acteurs mais aussi et surtout de tous les professionnels de santé avec deux grands types d'utilisation possible :

• pour la gestion collective des ressources humaines

Le répertoire des métiers permet tout d'abord d'identifier les métiers présents dans un établissement et de quantifier les besoins en effectifs par métiers, à court, moyen et long terme (réalisation de tableaux de projection des effectifs par métiers à 3/5 ans).

Il est également un excellent outil de gestion des ressources humaines dans la mesure où il peut servir : à repérer des besoins de formations, soit par métier, soit transverses à plusieurs métiers et, sur cette base, bâtir des actions de formation, à compléter des profils de recrutement, des supports d'évaluation...

Ensuite le répertoire peut se révéler un outil utile de communication interne sur les métiers (en termes de reconversion, d'évolution et d'élaboration de projet professionnel pour les personnels) mais également externe (en termes de présentation des métiers, de leur contenu et de leur accessibilité).

Enfin, le répertoire des métiers est un bon support à la préparation de démarches plus ambitieuses d'anticipation, sur les métiers et les secteurs critiques dans un établissement.

• pour la gestion individuelle

La fiche métier contenue dans le répertoire peut être un repère pour tous ceux qui souhaitent faire un point sur leur carrière et l'expérience acquise et notamment l'utiliser pour préparer un bilan de compétences.

Par ailleurs, l'identification des passerelles (courtes et longues) rend possible la définition de parcours de mobilité vers des métiers dont l'accessibilité est identifiée.

(35). Avenir des métiers. Rapport du groupe « Prospective des métiers et qualifications » Présidé par Claude Seibel Rapporteur général Christine Afriat Décembre 2002, 189 p.

(36). Enquête "besoins de main d'œuvre 2005" Limousin Poitou-Charentes, Unedic Assedic, 53p.

Confrontés à un réel déficit de main d'œuvre qualifiée pour certaines professions, les personnes en charge des recrutements n'embauchent pas toujours comme ils le souhaiteraient (niveau de qualification, sexe, type de contrat de travail...). Les pénuries constatées conduisent même parfois à la fermeture temporaire ou définitive de services.

C'est dans le **domaine de la santé**, que les tensions observées sont les plus fortes. Quel que soit le niveau de qualification, de l'aide-soignant niveau 5 au médecin niveau 1, les difficultés de recrutement sont tangibles³⁷ et les médias s'en font souvent l'écho à la veille de période de vacances où certains services sont contraints à la fermeture faute de remplaçants.

Pour pallier ce manque de personnel, diverses expériences ont été menées. Ainsi, un recrutement organisé à l'échelle européenne a concerné les **infirmières espagnoles** dont le diplôme est équivalent à celui délivré en France. Le bilan de ces expériences est positif pour les établissements qui ont porté une attention particulière à l'accueil et à la formation de ces personnels. Aujourd'hui, une charte de recrutement des personnels espagnols, fait des recommandations qui doivent permettre de limiter les départs. Les facteurs de réussite mis en avant dans la charte portent sur divers thèmes : accueil, suivi et accompagnement ; formation, tutorat ; rémunération ; hébergement... Autre expérience menée : tenter de faire revenir dans l'emploi, des infirmières n'exerçant plus leur activité³⁸.

Dans le **domaine social**, les tensions sur le marché du travail sont importantes. Elles se traduisent, parfois par des recrutements de personnes de niveaux de qualification inférieurs à ceux souhaités (niveaux 5 par exemple) à qui l'on confie des responsabilités normalement dévolues à des titulaires de niveau supérieur (niveau 4 par exemple). En avril 2002, le directeur général du syndicat national des associations de sauvegarde de l'enfance à l'adulte, déclarait que : *"dans les années 1980, on comptait 80 % de niveau III dans le secteur. Aujourd'hui, on frôle la barre des 50 %"*. Ce constat dressé par des acteurs du terrain met en lumière la **déqualification** rampante à laquelle le secteur social est aujourd'hui confronté³⁹.

Qu'il s'agisse du secteur sanitaire ou du secteur social, les participants au groupe témoin regrettent que des personnes ayant eu une expérience dans ces métiers par le biais de contrats aidés (CES, CEC, emplois jeunes...) n'aient pas pu plus facilement accéder à la qualification qui leur aurait permis de rester dans le secteur.

L'aide à domicile rencontre les mêmes difficultés. Depuis 2002, compte tenu de la croissance des besoins de services, le secteur a procédé à de nombreux recrutements. Les choix se sont portés en priorité sur des personnels qualifiés, mais leur nombre étant insuffisant du fait des faibles effectifs formés en formation initiale (AMP...), des personnes non qualifiées ont également été embauchées. Les contraintes de qualification des personnels définies dans la loi de 2002 ont conduit le secteur à entreprendre un large processus de formation.

Le développement de l'intérim dans les professions de santé

La pénurie de main d'œuvre constaté notamment dans les professions de santé touche particulièrement, depuis déjà plusieurs années, les infirmières⁴⁰ et les aides soignants.

Selon une responsable d'Institut de formation en soins infirmiers (IFSI), 19% d'une promotion accède à l'emploi par le biais de l'intérim. Ce choix, les jeunes en début de carrière, le justifient par *"le souhait de ne pas se renfermer, de ne pas rester figés dans une institution, ou dans un établissement. Ils veulent pouvoir faire différents secteurs d'activités pendant deux ou trois ans avant de faire un choix"*. Ici, l'intérim est considéré comme un **complément de formation, un moyen d'acquisition d'expérience** dans différents types de services où l'organisation, le fonctionnement, le management et la relation avec les médecins peuvent être assez variés.

(37). **Pénurie chez les manipulateurs.** Alors que les techniques d'imagerie médicale se modernisent et que le plan cancer gouvernemental est lancé, les manipulateurs d'électroradiologie se font rares. A l'institut de formation de manipulateur d'électroradiologie du CHU de Poitiers, on anticipe la pénurie en formant davantage de ces futurs professionnels de santé. D'ici 2015, 200 postes de manipulateur en électroradiologie médicale seront à pourvoir en Poitou-Charentes. ACTUALITES CARIF POITOU-CHARENTES – Juin 2005

(38). **Les Trophées de la formation : une "passerelle" contre le manque d'infirmières.** L'Appel médical était l'un des nominés aux Trophées de la formation. Il propose une formation de remise à niveau pour favoriser le retour à l'emploi des infirmières. Une initiative qui répond à la pénurie de professionnels. [d'après le résumé de la revue] ARTICLE : PERSONNEL n°449, mai 2004, p. 52 ref. Carif : h3331

(39). **Recrutement, formation et professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social.** Le rapport du Conseil Economique est paru le 16/07/2004. Le rapporteur, Michel PINAUD, vise une meilleure connaissance du secteur sanitaire, social et médico-social ainsi que de ses besoins dans la perspective de donner toute son efficacité au recrutement, à la formation et à la professionnalisation des personnels. Il s'agit, pour ce faire, de prévoir, de gérer et de former afin de refonder un secteur au service de la collectivité nationale dans son ensemble. ACTUALITES CARIF POITOU-CHARENTES – juillet 2004

(40). **Pénurie d'infirmières : les intérimaires ont la santé.** 12000 postes d'infirmières vacants en 2003, la pénurie de personnel médical en France profite au moins à un secteur : l'intérim. Depuis quelques années, les professionnels du travail temporaire voient leur chiffre d'affaires se multiplier, tandis que les intérimaires, très sollicités, profitent des avantages que leur confère la rareté de leurs services. Parmi eux, beaucoup de jeunes, qui envisagent cette forme d'emploi comme un tremplin professionnel. DOCUMENT NUMERIQUE, 1/7/2004, 3 p. Réf Carif : 6047

Autres avantages mis en avant par les jeunes diplômés de ce “*nomadisme professionnel*”, l’intérim permet de percevoir une rémunération plus avantageuse, choisir son lieu de travail et offre la possibilité de gérer son temps entre des périodes de très forte activité et des temps de repos choisis.

Au-delà d’un développement de l’intérim en raison de la pénurie de main d’œuvre, une autre raison peut être apportée pour expliquer ce développement. Il semble en effet que les valeurs des jeunes formés aujourd’hui ne soient pas différentes de celles de leurs aînés. Ce qui change en revanche, c’est, comme nous l’avons évoqué plus haut, les conditions d’exercice de ces professions⁴¹. Ainsi, on constate que “*le sens du soin ne s’est pas modifié dans les têtes des étudiants infirmiers, mais le type de soins et la capacité à soigner que nous offrons dans les services se sont modifiés. Nous voulons offrir une prestation. Et ce n’est pas la même chose. Quitte à offrir une prestation et un temps de travail, autant en avoir les bénéficiaires. Dans ce cas-là, ils vont effectivement offrir un temps de travail pour un salaire*”.

Cependant, le développement rapide de ces pratiques, rendues possibles par la tension sur le marché du travail, représente un **coût considérable**⁴² pour les établissements de santé, et donc, pour les pouvoirs publics qui les financent. Conscients de ces surcoûts, les responsables d’établissement n’ont pourtant, aujourd’hui peu d’autres choix de gestion de la ressource humaine et le déplorent. Ils recrutent des intérimaires, faute de trouver des remplaçants. Au-delà de l’enrayement nécessaire de la pénurie de main d’œuvre, un participant au groupe témoin indique qu’il faudrait “*trouver des solutions et des possibilités pour que nous arrivions à proposer au jeunes, des parcours qui correspondent à leurs attentes*”.

Image et attractivité des métiers et orientation des publics

Le choix qui conduit des individus vers les métiers du GFE 16 est basé sur une **valeur humaniste d’aider l’autre**. Souvent qualifiés de **métiers de vocation**, ils attirent très majoritairement des **femmes**.

Si l’on regarde les professions du GFE, on constate qu’elles ne bénéficient pas toujours d’une image très positive. Un nombre de facteurs complexes entre en compte pour expliquer qu’une image soit positive ou négative dans les représentations sociales d’un métier. L’un d’entre eux est lié au fait que le système de formation, très hiérarchisé, induit aussi une **hiérarchisation des représentations des métiers**. Ainsi, si le métier d’infirmière, dont le diplôme est de niveau 3, bénéficie d’une image très valorisée, ceux d’aide médico-psychologique ou d’auxiliaire de vie sociale, dont les diplômes sont de niveau 5 ont des images plus négatives.

Compte tenu des difficultés de recrutement observées dans ces professions, l’une des pistes à développer serait sans doute de travailler sur l’image des métiers et sur la communication pour élargir le spectre des personnes à y orienter notamment en direction des **hommes** ou de **personnes en reconversion** professionnelle.

Dans l’aide à domicile

Dans l’aide à domicile, l’attractivité des métiers est assez différente selon les publics auxquels on s’adresse. En effet, selon le témoignage de représentant des Missions locales PAIO, les **publics jeunes** ne se tournent pas spontanément vers ces professions dont l’image souffre d’un déficit de valorisation, due au manque de professionnalisation des personnes exerçant dans le secteur.

On peut espérer que le taux de rémunération revalorisé par l’accord du 29 mars 2002 signé entre les partenaires sociaux de la branche de l’aide à domicile à but non lucratif, va dynamiser le secteur en reconnaissant les qualifications et en affichant des compétences. Cela devrait permettre des orientations actives et une meilleure lisibilité des métiers.

En revanche, pour le **public de femmes en seconde partie de vie professionnelle**, pour cause de réorientation professionnelle ou de reprise d’activité, l’attractivité de ces métiers est toute autre. Plusieurs exemples de plateforme de reconversion⁴³ ont montré que les métiers de l’aide à domicile pouvaient constituer une

(41). **Le déclin de l’institution**. L’auteur livre ses réflexions sur les professionnels qui exercent un travail sur autrui et qui participent à la socialisation des individus (éducation, santé, social). S’appuyant sur des expériences, il démontre que la modernité, la mutation de la société et le déclin des programmes institutionnels ont bouleversé le quotidien des professionnels et leur manière d’appréhender leur fonction. L’ouvrage revient donc sur la mutation des institutions et anticipe sur leur évolution. OUVRAGE : DUBET François, octobre 2002, SEUIL, 421 p. ref. Carif : £2955

(42). Selon l’un des participants au groupe témoin, “un salaire d’intérimaire, c’est un salaire de remplacement multiplié par trois”.

(43). **Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences – Territoriale (GPEC-T) : Zoom sur l’aide à la personne âgée**. Dans le cadre de l’observatoire des emplois et des compétences, mis en place pour alimenter son action GPEC-T, le Comité de Bassin d’Emploi (CBE) a réalisé une étude des emplois dans le secteur de l’aide à la personne âgée. En effet, le bassin connaissait depuis quelques mois de graves problèmes d’emploi, avec près de 500 personnes licenciées. Ces personnes, presque uniquement des femmes, sont nombreuses à souhaiter se reconvertir dans le secteur d’aide à la personne âgée, sans avoir une représentation très précise de ce que sont les exigences et les perspectives de ce métier. ETUDE : COMITE DE BASSIN D’EMPLOI DU BRESSUIRAIS, septembre 2004, 56 p. ref. Carif : £3167

seconde chance pour des femmes de 45 ans et plus ayant un faible niveau de qualification et dont les capacités de déplacement sont faibles, l'emploi étant réparti sur l'ensemble du territoire. C'est ainsi que le profil des personnes en formation sur le diplôme d'auxiliaire de vie sociale est dans la majorité, des femmes de 35 à 40 ans, qui recherchent par cette qualification, une possibilité de reconversion ou de réinsertion dans la vie professionnelle. Mais les profils sont de plus en plus diversifiés. *“Ce qui est très net ces dernières années, c'est que nous avons beaucoup de retours sur ces métiers après un parcours universitaire, c'est-à-dire après des licences ou des maîtrises. Il y a un certain nombre de premières orientations professionnelles qui se sont faites vers les métiers du commerce ou des relations humaines au sens large, et nous avons des retours sur ces professions sociales vers 30-35-40 ans”*. En ce sens, l'un des participants au groupe témoin qualifiait les métiers de l'aide à la personne de **“métiers de la maturité”**.

Pour les métiers de l'aide à la personne, les principaux domaines sur lesquels il serait souhaitable de faire porter les efforts sont, au-delà de la politique salariale à renforcer, de communiquer sur les **mobilités professionnelles possibles**, la valorisation du côté **relationnel** très fort de ces professions⁴⁴... Une autre piste à explorer est celle de la **mixité**. En effet, la quasi-totalité est exclusivement exercée par des femmes. Ne pourrait-on pas *“créer de nouveaux métiers pour les hommes afin qu'ils puissent arriver sur ce secteur. Nous allons arriver avec des publics comme les personnes handicapées, où de plus en plus d'hommes souhaitent rentrer”*.

Dans les domaines de la santé et le social en institution

Dans le domaine de la santé et du travail social, le nombre de candidats en première année de formation révèle une image très attractive des métiers.

Toutefois, la connotation très féminine de ces métiers dans les représentations que chacun peut se faire des métiers d'infirmière, de puéricultrice, de sage femme, d'aide-soignante de conseillère en économie familiale ou d'assistante sociale, ferme ou réduit naturellement l'accès des jeunes garçons à ces professions. Ils s'orientent plus naturellement vers les professions d'éducateur, moniteurs éducateurs...

Ici, la difficulté ne réside pas dans une mauvaise image, mais elle est liée à un décalage entre la représentation que les jeunes se font de ces professions et la réalité de l'emploi. Ainsi, une fois entré en formation et confronté à la réalité du métier, un nombre significatif de jeunes abandonnent leurs études et se réorientent. A titre d'exemple, on estime qu'environ 22 % des élèves infirmier(e)s arrêtent leurs études, surtout en cours de première année.

Les grilles des conventions collectives devraient mieux reconnaître les contraintes de ces professions *“un éducateur spécialisé qui travaille de nuit, qui a une prime d'internat, c'est huit points. A 3,51 euros du point, vous voyez l'attractivité que cela représente. Effectivement, il préfère aller travailler dans un tout autre secteur”*.

En revanche, certaines professions, faute d'être connues et identifiées par le public, souffrent pour leur part, de difficulté à remplir les sections de formation et doivent peut être porter un effort particulier à la communication et à l'information pour faire connaître leurs spécificités. C'est le cas, par exemple, des préparateurs en pharmacie, des manipulateurs radio, des prothésistes et spécialistes de l'appareillage.

Une nécessaire gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

Des efforts de qualification du personnel de niveau 5

Que ce soit dans le sanitaire, le social ou l'aide à domicile, les branches professionnelles ont réalisé des efforts de formation. Compte tenu du fait que de nombreux actifs du GFE ont accédé à l'emploi sans forcément avoir la qualification requise, les actions de formation conduites, ont concerné, en priorité, les personnels sans qua-

(44). **Métiers du grand âge** Au niveau national, on estime les besoins de recrutements d'aides-soignants à environ 9 000 postes par an et ceux d'aides à domicile et d'aides médico-psychologiques à 30 000 par an. Mais seuls 4% des jeunes de 15 à 25 ans envisageraient un emploi de service à exercer auprès des personnes âgées. Il devient donc urgent de mettre en valeur les gestes et les spécificités de chacun d'entre eux, en insistant tout d'abord sur leur professionnalisation et leur évolution. Catherine Vautrin, Secrétaire d'Etat aux personnes âgées, lance une campagne d'information et de communication pour promouvoir l'ensemble des métiers qui s'exercent auprès des personnes âgées. Cette campagne a pour objectif de mieux faire connaître ces métiers et de renforcer leur attractivité auprès des jeunes et des personnes en quête d'une réorientation professionnelle. La VAE qui sera élargie d'ici fin 2005 à l'ensemble des métiers de la filière ainsi que la formation continue concourent également à optimiser la promotion professionnelle. Plusieurs dispositifs sont donc mis en place : un numéro Indigo pour tous ceux qui souhaitent s'informer sur les métiers du grand âge : 0825 042 042 ; un site internet (www.personnes-agees.gouv.fr) avec une rubrique «Métiers du grand âge» ; une brochure d'information contenant des informations générales et pratiques sur les métiers et les formations, des fiches-métiers présentant cinq métiers considérés "prioritaires" : infirmier, aide-soignant, aide médico-psychologique, animateur, aide à domicile ; un Guide J sur les «Métiers du grand âge». ACTUALITES CARIF POITOU-CHARENTES –Mars 2005

lification afin de les faire accéder à des diplômes de niveau 5. Les diplômes visés en priorité sont ceux d'aide-soignant⁴⁵, auxiliaire de vie sociale, aide médico-psychologique, moniteur éducateur, éducateur spécialisé et éducateur technique spécialisé...

Les formations étant longues, les coûts sont élevés. Outre la question du financement, dans un contexte de pénurie de personnel, les établissements rencontrent des difficultés à se séparer de leurs salariés dans la durée et privilégiant, quand ils le peuvent, des formations en cours d'emploi.

Ces politiques de formations sont financées dans le cadre des plans de formation avec la participation des fonds collectés par les organismes paritaires collecteurs agréés⁴⁶ (OPCA) ou dans le cadre de Congés individuels de formation (CIF)⁴⁷. Les différentes branches professionnelles (aide à domicile, hospitalisation privée...) ont défini leurs priorités. Les contrats de professionnalisation devraient permettre de former des personnels de niveau 5 mais également des infirmières, sages femmes, puéricultrices⁴⁸...

Dans le champ de l'aide à domicile, où le personnel non qualifié est encore nombreux, les employeurs ont la volonté de certifier leurs salariés. En partenariat avec l'OPCA, l'Etat et avec l'appui de financement Européens (FSE), ils ont mis en place un Engagement de développement de la formation professionnelle (EDDF) qui a permis la formation de 10 % des salariés de l'aide à domicile.

Aujourd'hui, si ce mouvement de formation sur de premiers niveaux de qualification représente toujours un besoin, on constate que le nombre d'actifs de **niveau 5 est surreprésenté par rapport au niveau national au détriment des niveaux 3 et 4**. Les formations de reconversion qui permettraient à des personnels disposant déjà d'une première qualification, d'accéder à une qualification supérieure ne sont actuellement pas prioritaires dans les plans de formation. Les personnels souhaitant suivre ces parcours rencontrent souvent des difficultés de financement.

Des départs en retraite massifs

De nombreuses études menées au niveau national ou régional mettent en évidence les besoins futurs de recrutement dans ces métiers.

En Poitou-Charentes, dans certains secteurs du médico-social, les taux de départ en retraite à court terme (moins de 10 ans) sont très élevés. C'est le cas pour les établissements spécialisés⁴⁹ accueillant des handicapés et inadaptés. Ces départs touchent de façon inégale les strates hiérarchiques : 30% **cadres intermédiaires** sont concernés contre 50% pour les fonctions de **directeurs**. Il en va de même pour certaines professions situées à la limite des fonctions d'encadrement (éducateur spécialisé et éducateur technique spécialisé) pour lesquelles les pourcentages sont également supérieurs à 10% par an. Les cadres des centres sociaux (fédérés par l'URECSO) connaîtront ces mêmes taux à partir de 2008.

Notons également, l'âge élevé des **psychologues** (44 ans en moyenne en 1999), des **manipulateurs radio** (on estime le besoin régional de renouvellement à un tiers des professionnels, soit 200 emplois d'ici 2015).

(45). **2 000 aides soignants en plus d'ici à 2007**. La secrétaire d'Etat aux personnes âgées, Catherine Vautrin et UNIFAF ont signé, le 17 mai 2005, un accord-cadre portant sur la formation de 2 000 aides-soignants, d'ici 2007, dans les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes. Par cet accord, UNIFAF s'engage à réaliser et co-financer des parcours personnalisés conduisant à la qualification par la VAE d'aides-soignants travaillant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. UNIFAF s'engage à : accompagner l'élaboration des plans de formation ; recenser au niveau régional les besoins de formation et leurs coûts ; mobiliser les centres de formation ; rechercher les cofinancements complémentaires. L'Etat apportera en moyenne 2 500 € par dossier de formation, financés grâce aux recettes de la nouvelle Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, qui collecte les fonds issus de la Journée de solidarité. ACTUALITES CARIF POITOU-CHARENTES – Mai 2005

(46). **UNIFAF, nouvel OPCA de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale**. UNIFAF est agréé, à compter du 1er janvier 2005, comme organisme collecteur paritaire pour la branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée à but non lucratif. UNIFAF reprend, pour cette branche, les activités antérieurement assurées par PROMOFAP et UNIFORMATION (gestion des contributions CIF, entreprises de moins de 10 salariés et de plus de 10 salariés). ACTUALITES CARIF POITOU-CHARENTES – Janvier 2005

(47). **Secteur sanitaire et social**. PROMOFAP a obtenu 180 000 € du FSE pour les années 2004-2005-2006 pour soutenir l'accès à la qualification par le CIF. ACTUALITES CARIF POITOU-CHARENTES – mai 2004

(48). **Priorités de la branche de l'hospitalisation privée**. Un accord relatif à la mise en œuvre de la réforme de la formation professionnelle de la branche de l'hospitalisation privée a été signé le 23/12/2004. Les priorités sont les suivantes : favoriser le recours à l'apprentissage et aux contrats de professionnalisation lors des recrutements ; développer les parcours professionnels pour fidéliser le personnel ; développer les actions de prévention et de gestion des risques en application des dispositions législatives ; développer les compétences autour des nouvelles technologies et des démarches qualité ; promouvoir l'utilisation des outils conçus par les partenaires sociaux de la branche, et notamment avec les CQP ; développer les relations entre les entreprises et le système éducatif pour adapter l'offre de formation aux besoins des entreprises en qualification.

Les formations prioritaires dans le cadre du contrat de professionnalisation dans le secteur médico-social sont les suivantes : certificat d'aptitude aux fonctions d'AMP, diplôme professionnel d'aide-soignant, brevet professionnel de la jeunesse, d'éducation populaire et du sport (option personnes âgées), diplôme professionnel d'aide-soignante et d'auxiliaire de puériculture.

Les formations prioritaires dans le cadre du contrat de professionnalisation dans le secteur sanitaire sont les suivantes : diplôme professionnel d'aide-soignante et d'auxiliaire de puériculture, diplôme d'infirmière diplômée d'Etat et d'infirmières spécialisées (IBODE, IADE), diplômes d'Etat de sage-femme et de puériculture et les formations pour l'encadrement intermédiaire (D.U., Mastère, ...) ACTUALITES CARIF POITOU-CHARENTES – Avril 2005

(49). Résultats issus de l'enquête E.S. 2001.

Au niveau national, dans la fonction publique hospitalière à l'échéance 2015, les études indiquent que plus de la moitié des **agents** seront partis en retraite. De même, on constate que 300 000 **assistantes maternelles** devraient partir à la retraite d'ici 2010⁵⁰, d'où un besoin de professionnels estimé à environ 450 000 personnes compte tenu de l'évolution des besoins.

Situation préoccupante de l'encadrement

Si la moyenne d'âge des actifs augmente régulièrement, c'est dans le personnel d'encadrement que le phénomène est le plus prégnant. Dans la région, en 1999, sur la seule profession de cadres infirmiers et assimilés, 32 % avaient plus de 50 ans. Ce constat se vérifie également dans les professions sociales où les postes de cadres sont occupés, dans en majorité par des personnels qui devront partir à la retraite dans les 10 années qui viennent.

Cette situation de départ en retraite des cadres pourrait constituer une opportunité pour des personnels souhaitant accéder à des fonctions d'encadrement. Néanmoins, on constate que peu de professionnels envisagent l'encadrement comme l'aboutissement du déroulement de leur carrière.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cet état de fait. La première qui pourrait être citée est que **l'encadrement est un métier** dont les compétences ne sont pas forcément proches de celles exercées par les professionnels du GFE 16 qui se sont souvent orientés vers leur métier par attrait pour le soin, l'aide aux autres. La seconde est liée sélectivité et à la **lourdeur de la formation**. Qu'il s'agisse du **CAFDES**⁵¹ ou du **CAFERUIS**⁵², la durée de la formation est supérieure à 800 heures réparties entre un volet de cours théoriques et des stages pratiques. Compte tenu de la durée de ces formations, leurs coûts peuvent également être dissuasifs. De plus, les participants au groupe témoin indiquent que les salaires perçus par ces cadres ne sont pas assez élevés pour motiver les actifs à s'investir dans la formation. Enfin, les responsabilités des cadres sont très larges. Ils ont à gérer *“une demande sociale, une demande de qualité et surtout de sécurité de plus en plus forte”* qui peuvent faire hésiter certains à occuper ces fonctions.

Concernant les **cadres de santé**, le constat est proche. S'il y a trois ans, les infirmières pouvaient devenir cadre infirmier sans avoir le diplôme, les choses ont changé et le diplôme est aujourd'hui nécessaire à l'exercice de cette fonction. Les professionnels indiquent **l'importance du métier d'origine des personnels encadrants** qui, s'ils n'ont pas exercé la profession des personnels qu'ils encadrent, rencontrent des difficultés : *“c'est le cadre de santé qui porte la notion du métier auprès des équipes. C'est lui qui va donner le sens pour savoir si l'organisation du service est faite dans le sens de la qualité, dans le sens où chacun dans l'équipe puisse y trouver les valeurs qu'il a envie d'exprimer”*. Cette appartenance au métier semble être une condition de bon fonctionnement du service : *“si nous mettons des gestionnaires purs et durs à la place des cadres de santé, nous allons perdre cette notion de référent de santé”*. Enfin, pour qu'un cadre de santé puisse faire son métier dans les meilleures conditions, il doit avoir un **accompagnement** de son institution qui définit en concertation avec le personnel encadrant, la politique sociale et de gestion des ressources humaines de l'établissement. Ainsi, il pourra **traduire ces orientations** dans l'organisation et de l'équipe qu'il dirige.

Un autre facteur à prendre en compte est lié au statut des structures employeuses. En Poitou-Charentes, dans ces activités, la part du **secteur associatif est importante**, reposant à l'origine sur du bénévolat, de l'engagement personnel. Or, à l'heure actuelle, la gestion de ces activités se professionnalise et les exigences d'encadrement demandent des qualifications particulières. Les associations doivent prendre ce virage culturel et intégrer des personnels formés pour l'encadrement⁵³. La tendance actuelle, compte tenu des difficultés évoquées ci dessus, des contraintes qui augmentent (convention tripartite pour les EPHAD par exemple) et de l'offre de formation qui se diversifie (création massive d'une offre de formation universitaire plus souple, plus

(50). **"Assmat", un métier bientôt reconnu.** Les assistantes maternelles sont deux fois plus nombreuses qu'il y a dix ans, mais leur effectif est toujours nettement insuffisant. En plus, la moitié d'entre elles (300 000) va partir à la retraite d'ici à 2010. Résultat : il va falloir créer 450 000 postes de nounous dans les six prochaines années. Pour encourager les vocations, le ministère chargé de la famille compte sur la revalorisation du métier et la création d'une convention collective nationale. ARTICLE : LIAISONS SOCIALES MAGAZINE, Avril 2004. Réf Carif : 6048

(51). **CAFDES** : Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Direction d'Etablissement et Service d'Intervention Sociale

(52). **CAFERUIS** : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale

(53). **Formation des bénévoles associatifs.** La Direction Vivre ensemble du Conseil régional organise actuellement le lancement d'un programme de formation des bénévoles associatifs. Son objectif : améliorer la qualité des pratiques associatives par le développement personnel et collectif des savoir-faire. Il s'agit d'élaborer et d'animer un programme visant à la formation des responsables associatifs qui remplissent un rôle d'animation et de gestion des associations impliquées dans l'action d'intérêt général et d'utilité sociale. Conçu en lien avec la Conférence Permanente des Coordinations Associatives, ce programme ne cherche en aucun cas à se substituer à des actions de formation existantes, mais plutôt à renforcer celles-ci ou à toucher un public nouveau, n'ayant pas accès habituellement à la formation. La Région propose aux organismes qui interviennent pour soutenir et aider au développement du secteur associatif d'être le relais d'informations de ce programme. Information auprès de l'AFIPAR : 05 49 27 25 84 - benevoles-formation@wanadoo.fr
ACTUALITES CARIF POITOU-CHARENTES – octobre 2004

accessible et moins coûteuse), est à l'embauche de cadres “gestionnaires purs et durs”, non issus de la “culture du métier” de leur secteur, mais qui ont les compétences pour gérer le personnel d'un point de vue administratif. La perte des “valeurs fondamentales du métier” est cependant regrettée par les professionnels qui préféreraient voir se former à l'encadrement des gens de la profession.

Faciliter les carrières professionnelles pour fidéliser les actifs

Dans les secteurs du sanitaire et du social, on observe que les difficultés de recrutement sont renforcées par des carrières relativement courtes pour certaines d'entre elles ainsi que par de fortes rotations d'effectifs pour des emplois sensibles.

Usure professionnelle

Un rapport⁵⁴ du Conseil économique et social a montré que, dans les professions de santé, les cas d'ulcères et d'accidents cardiaques avaient été multipliés par deux au cours des dernières années et que l'espérance de vie était de quatre années plus faible que la moyenne. En ce qui concerne les travailleurs sociaux, c'est l'apparition de troubles musculaires, de douleurs articulaires, de maux de dos qui devient aussi préoccupante et ce, malgré le développement de formation visant à prévenir l'apparition de ces maux. Cette réalité est aussi celle de l'aide à domicile où les cas de lombalgies et de troubles musculo-squelettiques se multiplient. Ces troubles sont encore sous évalués par la médecine du travail du fait de l'isolement des actifs dans le secteur de l'aide à domicile qui ne font pas forcément le lien entre leur activité professionnelle et les problèmes de santé qu'ils rencontrent.

Le stress auquel doivent faire face ces catégories de salariés n'est certainement pas étranger à la survenue de ces pathologies. Plus précisément, dans le milieu sanitaire et médico-social, il conduit une infirmière sur quatre à l'utilisation de médicaments anxiolytiques et/ou de stimulants. On parle même, dans ces métiers, de “dépressions ordinaires”.

Le Bureau international du travail, dans l'un de ses rapports, indique que la profession infirmière, dont la moyenne d'âge est de 36 ans, devrait être particulièrement aidée. En effet, ces personnels éprouvent fréquemment l'anxiété ressentie vis-à-vis des malades, assistent le plus souvent à la dégradation de l'état de santé des patients, vivent dans l'inquiétude de la réponse à leur donner, ce qui peut conduire à leur **épuisement émotionnel**. Pointé par diverses études, cet épuisement se matérialise dans ce paradoxe que les infirmiers aiment leur travail à plus de 80 % alors que 55 % d'entre eux peuvent avoir dans le même temps envie de quitter leur emploi. L'enjeu n'est pas anodin lorsqu'on envisage l'investissement réalisé pour qualifier un infirmier.

La tendance observée à la **multiplication des pathologies** liées à l'activité professionnelle, s'explique en partie par la modification récente des conditions de travail tendant à l'augmentation des rythmes de travail décrite plus haut.

Un participant au groupe témoin indique que “l'usure professionnelle est liée à la perte du sens de l'engagement du fait de la répétition des actes, de la confrontation quotidienne à des situations identiques”. Il ajoute “qu'on ne sait pas gérer les fins de carrière et que de fait, elles sont “gérées” par l'usure professionnelle”.

L'épuisement professionnel⁵⁵ constaté chez les actifs conduit certains à **écourter leur carrière**. C'est ainsi que certaines professions ont des durées moyennes assez courtes (autour d'une quinzaine d'années pour les infirmières). Les données statistiques indiquent que dans la région, en 1999, certaines professions comme préparateur en pharmacie, puéricultrice, infirmier en soins généraux salarié ou sage femme, la part des actifs de plus de 50 ans était inférieure à 13 %. En 2001, au niveau national, on constatait que 50 000 infirmiers diplômés de moins de 55 ans n'exerçaient plus en tant qu'infirmier. A cet égard, il apparaît donc absolument justifié de lutter contre l'isolement de ces salariés du secteur sanitaire, médico-social et social. Cette action peut prendre différentes formes et passer par la concertation entre les membres de l'équipe soignante et les méde-

(54). **Organisation du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés.** Avis et rapports du Conseil Economique et Social, 7 avril 2004, Elyane Bressol, 202 p. <http://www.ces.fr/rapport/docton/04041410.PDF>.

(55). **Epuisement professionnel et formation continue du personnel infirmier hospitalier à la dimension relationnelle dans le soin** Au sommaire de ce mémoire: 1. Champ de préoccupation et problématique : le contexte hospitalier, l'épuisement professionnel, la formation du personnel infirmier à la dimension relationnelle dans le soin, questionnement et cadre de la recherche ; 2. Analyse et préconisations : L'analyse du corpus, d'une réflexion sur les conditions du ressourcement aux préconisations. OUVRAGE : ALBERT Thierry, UNIVERSITE PARIS I PANTHEON - SORBONNE, 2001, 128 p. ref. Carif : I2741

cins, la promotion de l'accès à un soutien psychologique et aux groupes de parole, la prévention et la résolution des conflits, une certaine diminution de la charge de travail. Elle passe également par le rappel que, derrière l'acte professionnel, existe une personne, pour laquelle il convient de prévoir des lieux pour souffler et récupérer.

Passerelles, parcours professionnels

S'agissant du secteur social et médico-social, le Conseil économique et social souligne l'insuffisance, voire **l'absence de stratégie de valorisation des parcours professionnels**, qui permettent le ressourcement indispensable dans ces métiers où les personnels sont confrontés aux risques de "burn out". Le burn out, forme extrême d'épuisement professionnel, est un phénomène marquant toujours en progression, en particulier chez les personnels soignants⁵⁶ et les travailleurs sociaux lesquels, de plus en plus, s'interrogent sur le sens de leurs métiers, dans un contexte d'intensification de travail, de complexifications des tâches et d'assignation d'objectifs difficiles à atteindre compte tenu des publics accueillis, et de collectifs effilochés.

Contrairement à d'autres secteurs d'activité où les formations suivies permettent d'exercer un ou plusieurs métiers dans des secteurs d'activité différents, ce qui offre un assez large éventail de possibilité aux formés, dans le domaine de la santé ou du social, du fait de la réglementation des professions, les formations conduisent à un métier identifié. Dans le cas où les actifs souhaitent se reconvertir, **il n'existe pas de passerelles** permettant d'exercer un autre métier pour lequel les compétences mises en œuvres peuvent pourtant être proches du métier d'origine. Il en résulte que pour beaucoup d'emplois de qualification comparable, le changement ne peut s'opérer que par la **reprise d'un cursus de formation complet** et du diplôme correspondant, faisant trop souvent l'impasse des connaissances et compétences déjà acquises, communes à ces deux emplois.

L'attractivité de ces professions passe également et immanquablement par les perspectives d'évolution au sein d'une carrière donnée. Selon les grilles de classification et de déroulement de carrière, en particulier dans la Fonction publique, les professionnels peuvent se trouver assez vite au plafond de leur filière, sans autre possibilité de progression future. Dans le cas où les actifs souhaitent changer d'environnement de travail, ils ne peuvent que changer d'établissement, renforçant le turn over dans les services.

Pour rendre plus fluides les parcours professionnels dans ces secteurs d'activité, des travaux d'identification des compétences⁵⁷ ont été menés dans le but d'identifier des passerelles entre les métiers au sein d'un même secteur entre le sanitaire, le social et le médico-social. Ainsi, les référentiels de formation pourraient comporter des troncs communs sur lesquels s'appuieraient ensuite des spécialisations. Ce **décloisonnement**, déjà initié dans certaines formations réunissant par exemple des AMP et des aides-soignants semble constituer une piste intéressante même s'il "dérange", au premier abord, les participants issus de "cultures" différentes.

Un phénomène à signaler également est qu'avec la diversification des fonctions et des métiers, l'évolution des réglementations et des technologies, on a souvent tendance à vouloir mettre en place une formation spécifique pour une fonction spécifique. Cela conduit à une rigidification du système. Il conviendrait plutôt d'adapter les formations sans aller vers de **l'hyperspécialisation** qui confine les individus dans un emploi donné. Les réflexions devraient porter sur "*le bon équilibre à trouver entre cette spécialisation nécessaire et les troncs communs qui **facilitent des passerelles professionnelles***".

Dans ce contexte, une valorisation des parcours professionnels identifiant des passerelles possibles pourrait permettre, à la fois d'attirer plus de jeunes sur ces professions et de **fidéliser les actifs** en fonction.

Outre le nécessaire développement de passerelles et compte tenu des pénuries annoncées de médecin, certaines réflexions portent actuellement sur l'élargissement du champ de compétence des infirmières pour leur permettre d'accomplir certains actes aujourd'hui réservés aux médecins. Ce type de gestion du déficit démographique, s'il est accompagné d'une véritable **formation et de reconnaissance**, notamment **salariale**, pourrait peut-être intéresser des infirmières.

(56). **L'épuisement professionnel des médecins généralistes Une étude compréhensive en Poitou-Charentes**, Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou-Charentes, François Daniellou et Philippe Davezies, Avril 2004 http://www.urml-pc.org/ccfiles/Epuisement_professionnel.pdf

Le burnout des médecins généralistes de Poitou-Charentes. Rapport de Recherche pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou-Charentes, Didier Truchot, avril 2004 http://www.urml-pc.org/ccfiles/Rapport_Truchot.pdf

(57). **Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé**. Quels sont les différents éléments constitutifs de la compétence professionnelle des métiers de santé ? Peut-on les évaluer ? Par quelles méthodes au vu des expériences françaises et étrangères et dans quel contexte ? De quelle manière les organisations professionnelles peuvent-elles intervenir dans l'évaluation des compétences ? Telles sont les questions auxquelles le professeur Yves Matillon apporte des éléments de réponse dans un rapport remis au Ministre dans lequel il propose de bâtir des passerelles entre les professions paramédicales et médicales. Intitulé Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé, ce rapport préconise, par exemple, que des infirmières puissent devenir médecin par validation des acquis de l'expérience. Novateur, Yves Matillon n'en demeure pas moins prudent car il s'interroge sur les limites de la VAE pour passer d'un métier à un autre, voire pour changer de discipline médicale. Texte téléchargeable : http://www.ufcv.org/evaluation/textes_regl/Rapport%20MATILLON.pdf. ACTUALITES CARIF POITOU-CHARENTES. Juin 2005.

Un appareil de formation en adaptation

Articulation éducation nationale DRASS

Les BEP carrières sanitaires et sociales préparés par l'éducation nationale ont été réformés. Ils sont considérés dans de nombreux cas, comme étant un tremplin pour accéder à une autre formation. Une participante au groupe témoin rapporte que *“sur une classe de BEP, la moitié continue sur des premières d'adaptation bac médico-social, l'autre moitié se divise en un quart en école d'aides-soignantes, le quart restant pouvant relever, me semble-t-il, de l'aide à domicile”*.

Dans les **services à la personne**, le décalage a été important entre l'ampleur des besoins de recrutement du secteur et la faiblesse des filières de formation pouvant conduire à ces métiers. En dehors des filières de l'éducation nationale, elles-mêmes très insuffisamment développées et adaptées à la nouvelle réalité des métiers, les filières de formation initiale ou continue relevant de la formation professionnelle sont actuellement en forte croissance. L'apprentissage est quasiment absent. Il en va de même des contrats de qualification ou de leurs successeurs, les contrats de professionnalisation. L'un des participants au groupe témoin rapporte la nécessité d'ouvrir la formation d'aide médico-psychologique en formation initiale, alors que cette formation longue et donc coûteuse, n'est aujourd'hui accessible qu'en formation continue.

De nouvelles formations

Face à l'émergence de nouvelles fonctions sociales identifiées, entre autre, dans le cadre de la politique de la ville, de nouvelles formations ont été mises en place pour préparer à de nouveaux métiers. C'est le cas par exemple des métiers de la **médiation**⁵⁸, ou de la **licence professionnelle en intervention sociale**, option accompagnement et insertion préparée à l'université de Poitiers... S'ils répondent à un besoin dans certaines structures, les professionnels titulaires de ces diplômes se retrouvent parfois en concurrence avec des personnes titulaires de diplômes d'Etat, parfois préférés lors des recrutements.

Le système est en constante adaptation aux besoins puisqu'on peut citer, à titre d'illustration, la **création récente de deux bac pro** : un Bac pro “service de proximité et vie locale” mis en œuvre par l'éducation nationale dès la rentrée prochaine comporte 4 domaines, un Bac pro “service en milieu rural” mis en œuvre en région par le ministère de l'agriculture et une formation de niveau 5 qui devrait bientôt voir le jour pour les assistants familiaux.

Dans un contexte de renouvellement nécessaire qui se profile à courte échéance, le **CAFERUIS**⁵⁹, diplôme de niveau 2, a été créé en 2004 pour répondre aux besoins de qualification des “cadres intermédiaires” dans le secteur social et médico-social. Sa création correspond à *“une tentative de professionnalisation d'une fonction d'encadrement qui n'est pas une fonction de direction”*. Sa vocation est de rendre l'offre de formation plus lisible et de favoriser la mobilité des professionnels. Si l'on manque encore de recul pour pouvoir constater l'intérêt de cette formation, elle est d'ores et déjà décriée par certains professionnels, notamment de l'aide à domicile qui considèrent qu'elle ne répond pas aux attentes. Ce qu'ils recherchent, ce sont des professionnels ayant plutôt des profils de responsables de secteur pour animer des équipes, gérer des plannings...

Les évolutions constatées visent à une nouvelle organisation plus ambitieuse qui doit répondre aux exigences de qualité et de sécurisation des actes recherchés par les pouvoirs publics et attendus par les patients. Cela se traduit à la fois par la spécialisation de certaines professions, mais également par la recherche de culture professionnelle commune.

(58). **La médiation sociale** Le CNFPT et la DIV ont publié un ouvrage dans le but d'aider la mise en œuvre et la professionnalisation des emplois relatifs à la médiation sociale. Afin de créer, développer et professionnaliser les activités et services de médiation, cet ouvrage propose des outils (référentiels, méthodes), et capitalise les expériences et les travaux menés depuis une dizaine d'années dans ce domaine. Cet ouvrage s'appuie sur des référentiels d'activités et de compétences et présente une trentaine d'exemples locaux : l'association OMEGA à Angoulême, l'agence municipale de médiation de Niort, l'agence locale de l'agglomération de La Rochelle... ACTUALITES CARIF POITOU-CHARENTES – Mars 2005.

(59). **Médiateur familial** Un arrêté crée le diplôme d'Etat de médiateur familial. La formation est ouverte, après sélection, aux titulaires d'un diplôme national au moins de niveau III des formations sociales, d'un diplôme national au moins de niveau II dans les disciplines juridiques, psychologiques ou sociologiques ou d'un diplôme national au moins de niveau III et de 3 ans d'expérience professionnelle dans le champ de l'accompagnement familial, social, sanitaire, éducatif ou psychologique. La durée de la formation est de 560 h, dont 70 h de formation pratique. La durée maximale de la formation est de 3 ans. Pour pouvoir obtenir le diplôme par VAE, les candidats doivent justifier des compétences professionnelles acquises dans l'exercice d'une activité salariée, non salariée ou bénévole, en rapport direct avec le contenu du diplôme : soit au moins deux activités de la fonction “accueil/évaluation/information/orientation” ; soit au moins une activité de la fonction « médiation/gestion de conflits/construction/reconstruction de liens ». La durée totale d'activité cumulée exigée est de trois ans et peut être prise en compte jusqu'à dix ans après la cessation de cette activité. Les modalités de la formation et de la certification ainsi que les éléments ayant trait au contrôle pédagogique et à l'agrément des établissements de formation sont détaillées dans l'arrêté. Arrêté du 12 février 2004 paru au JO n° 49 du 27 février 2004. ACTUALITES CARIF POITOU-CHARENTES – juillet 2004.

Les spécificités des formations relevant du ministère des affaires sanitaires et sociales

Les formations relevant du ministère des affaires sanitaires et sociales préparent en partie à l'exercice de professions réglementées. Le nombre de places de formation disponibles présente la spécificité d'être régulé par des **quotas** qui sont définis au niveau national après consultation des Régions⁶⁰. Autre spécificité de l'accès à ces formations, la sélection s'opère par voie de **concours**.

Le principe des quotas a été mis en place pour gérer le nombre de certaines professions de santé ou du travail social. Les quotas sont déterminés chaque année et la tendance sur les 6 dernières années, montre une forte progression tendant ainsi à prendre en compte les besoins de main-d'œuvre qualifiée dans ces domaines.

Ce fonctionnement limite donc l'accès aux formations, et l'on constate de plus en plus souvent, que des jeunes motivés pour ce type de carrières qui ont échoué au concours, partent suivre ces études dans d'autres pays francophones (Belgique, Suisse...), non soumis à cette politique de quotas. Une fois leur diplôme obtenu dans un pays de l'Union Européenne, ces jeunes reviennent pour partie exercer leur profession en France. Parallèlement, un parcours particulier⁶¹ est proposé aux personnes titulaires de diplômes obtenus dans des pays extérieurs à l'Union Européenne.

L'accès à la première année de formation par voie de concours a plusieurs conséquences pointées par les participants au groupe témoin :

- la forme de recrutement par le biais du concours est mieux adaptée aux filles qu'aux garçons. Conjointement avec le fait que moins de jeunes garçons se présentent aux concours, le taux de féminité en formation est souvent très élevé, ce qui pose des problèmes de mixité dans les équipes (Cf. plus haut);
- pour une formation donnée, par exemple aide-soignant (formation de niveau 5), des candidats "*surqualifiés*", titulaires de niveau 4 voire plus (bac sciences médico-sociales...) peuvent se présenter, limitant les chances d'accès à des personnes moins qualifiées (titulaires de BEP carrières sanitaires et sociales...). Lors des entretiens qui suivent l'épreuve écrite du concours, certains titulaires de niveau 4 expliquent qu'ils ont un projet de parcours professionnel. Ils souhaitent suivre la formation, exercer le métier et envisagent après quelques années, de passer le concours d'infirmier.

Les formations à l'encadrement

En ce qui concerne la formation des cadres, notons le phénomène de segmentation à la fois de l'offre et de la demande de formation. De l'école des cadres pour le champ sanitaire, au Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Établissement ou de Service d'Intervention Sociale (CAFDES) qui répond au problème de la qualification des directeurs d'établissement et du CAFERUIS présenté plus haut, les autres formations offertes et demandées sont des formations de type universitaire, très diversifiées, au-delà de la région où existent déjà le Diplôme Universitaire des Hautes Etudes de la Pratique Sociale (DUHEPS), le Diplôme d'Université en Relation Animation Soins (DURAS), le Diplôme d'Université en Management des Établissements Spécialisés (DUMES), le DESS appliqué aux professions sociales...

Développer la modularisation des formations pour faciliter les passerelles

L'organisation des programmes de formation en modules apparaît de nature à simplifier la mise en place de passerelles entre les certifications et la recherche d'équivalences entre les formations. Elle participe également dans son principe à une optimisation de la durée de formation pour ceux qui veulent accéder à un niveau supérieur et qui peuvent déjà faire valoir l'acquisition d'un ou plusieurs modules dans des démarches de valorisation des acquis de l'expérience (VAE).

Le rapport du CES⁶² indique que le dispositif de VAE présente l'avantage d'obliger à revisiter les emplois et les formations de la branche sanitaire et sociale, en passant par la définition ou l'actualisation concertée de

(60). Le CAFERUIS qualifie les cadres intermédiaires du secteur social pour "animer une unité de travail dans le champ de l'intervention sociale et conduire son action dans le cadre du projet et des missions de l'employeur". La formation, qui dure au plus 24 mois, comprend un enseignement théorique (400 h) et un stage (420 h). Elle est dispensée dans des établissements publics ou privés agréés par le préfet de région. Le candidat est sélectionné sur dossier et entretien. Certains candidats peuvent bénéficier d'allègements de formation. Les candidats ayant obtenu le certificat de formation de cadre de l'intervention sociale bénéficient, jusqu'au 1er juillet 2007, de la validation automatique de certaines compétences. En cas de validation partielle, le candidat a 5 ans pour valider l'ensemble du certificat. Le CAFERUIS est accessible par la VAE. L'IRTS Poitou-Charentes est agréé pour dispenser la formation. ACTUALITES CARIF POITOU-CHARENTES – Janvier 2005

(61). Conséquence de l'application de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. Cf. Annexe 1.

(62). **Recrutement d'infirmiers étrangers.** Les titulaires d'un titre ou diplôme étranger d'infirmier qui ne sont pas susceptibles de bénéficier des dispositifs d'équivalences européens et qui souhaitent exercer en France doivent se présenter à des épreuves de sélection pour entrer dans un institut de formation en soins infirmiers pour obtenir le diplôme d'Etat d'infirmier. Ces épreuves sont organisées simultanément à celles du concours de droit commun et sont évaluées par le même jury. Le nombre total de candidats admis au cours d'une année donnée s'ajoute au quota d'étudiants de 1ère année, sans pouvoir excéder 2 % de ce quota. Un arrêté précise les conditions relatives aux épreuves d'admissibilité. Arrêté du 5/01/2004 ; JO du 21/02/04 ACTUALITES CARIF POITOU-CHARENTES février 2004.

référentiels d'activités, de métiers, de formations et de certifications. Mais il importe en même temps de veiller à la cohérence et à la complémentarité des formations entre elles. De même, il convient de continuer à s'appuyer sur la nomenclature par niveau de formation en vigueur, dans la mesure où elle est indéniablement structurante et où elle maintient le lien entre les branches et facilite les échanges entre les salariés au plan interprofessionnel.

L'engouement pour la VAE

La validation des acquis de l'expérience (VAE) pour les salariés ou les bénévoles n'en est qu'à ses débuts.

Le plan national de développement des services à la personne affiche des ambitions importantes : "pour l'ensemble des professions sociales, pour les trois années 2005 à 2007, un objectif de 75 000 personnes mériterait d'être retenu. Pour parvenir à cet objectif, les crédits d'ingénierie et d'intervention seraient accrus de 5 millions d'euros par an au cours de cette période. Parallèlement, avant la fin de l'année 2005, grâce à un travail interministériel associant les ministères de l'emploi, de la santé et de l'éducation nationale, l'ensemble des diplômes de ces professions devrait pouvoir être adapté pour faire l'objet d'une action de VAE".

Six certifications du ministère chargé des Affaires sociales sont accessibles par la VAE à ce jour⁶³ (DEAVS - Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale, le DEES - Diplôme d'État d'éducateur spécialisé (conjoint avec l'éducation nationale et validé par elle), le diplôme de Médiateur familial, le CAFERUIS, le diplôme d'État d'Assistant de service social⁶⁴ et le diplôme d'aide-soignant).

Afin de valider le plus grand nombre de modules, les candidats doivent pouvoir justifier d'expériences variées dans des services et établissements différents. Dans cette perspective, le développement des pratiques d'intérim paraît être un choix de pratique professionnelle adapté.

Face à l'intérêt suscité par la VAE dans ces secteurs, les participants au groupe témoin pointent un certain nombre de facteurs de réussite du dispositif :

- L'**accompagnement** personnalisé des candidats paraît être l'une des clés de voûte du dispositif. En effet, les personnes qui se dirigent vers un parcours de VAE ne mesurent pas, a priori, les difficultés auxquelles elles vont être confrontées et n'imaginent pas que la validation puisse ne pas aboutir ou qu'il leur faille repasser des modules non validés ;
- La **reconnaissance** sociale et salariale de la qualification. La démarche de VAE peut être une volonté individuelle ou à l'initiative de l'employeur. Quand le salarié s'engage dans ce processus de sa propre initiative, l'employeur n'est pas tenu de prendre en compte dans le salaire, la validation de la qualification. C'est le rôle de l'accompagnateur d'informer le candidat de cette réalité. Quand en revanche, l'employeur invite ses salariés à s'engager dans la démarche, dans un souci de professionnalisation de son équipe, d'amélioration de la qualité des services rendus etc., la reconnaissance est attendue par les salariés qui ne se satisfont pas d'une simple reconnaissance sociale. Le risque, en cas de non reconnaissance de la qualification est une démotivation du personnel, ce qui, à plus grande échelle, peut faire retomber l'attrait actuel pour la VAE : *"A un moment donné, s'il y a reconnaissance par la VAE de la qualification d'une personne, il faut que derrière les institutions puissent rémunérer la personne et sa nouvelle qualification. Nous avons donc là un frein tout à fait évident, même si aujourd'hui il y a malgré tout un fort engouement et un fort développement"*.
- Le **financement**, tant **de l'accompagnement** dont le montant est de l'ordre de 800 euros en moyenne par candidat (mais peut aller jusqu'à 1 500 euros), que **de la formation** elle-même, lorsque le candidat n'a validé qu'une partie du diplôme.

Cette question du financement apparaît être importante. Si elle n'est pas résolue, les candidats peuvent être conduits à interrompre leurs démarches. Ici, les attentes vis-à-vis du chèque VAE⁶⁵ que le Conseil Régional a mis en place, sont très importantes.

(63). "Recrutement, formation et professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social", Rapport du Conseil Economique et Sociale, 16/07/2004, Michel PINAUD, 234p.

(64). **VAE et travail social**. Cet ouvrage détaille le dispositif et les modalités d'accès à la VAE pour les diplômes suivants : le diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale ; le diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé ; le diplôme d'Etat d'assistant de service social ; le diplôme d'Etat de médiateur familial. OUVRAGE : ACTUALITES SOCIALES HEBDOMADAIRES, Supplément au n°2398 des ASH du 11 mars 2005, Mars 2005, 106 p. Réf Carif : L3213

(65). **Assistant de service social**. Le nouveau diplôme d'Etat d'assistant de service social atteste des compétences requises pour mener des interventions sociales, individuelles ou collectives, en vue d'améliorer par une approche globale et d'accompagnement social les conditions de vie des personnes et des familles. Les candidats à la formation (durée : 3 ans) dispensée par des établissements publics ou privés agréés, doivent justifier de diplômes de niveau IV ou plus et font l'objet d'une sélection organisée par les établissements de formation. Leur agrément est donné sur la base des qualifications du personnel d'encadrement et de formation, du projet pédagogique et des moyens pédagogiques afférents, ainsi que des conditions de la sélection des candidats. Pour pouvoir obtenir le diplôme par VAE, les candidats devront justifier des compétences professionnelles acquises dans l'exercice d'une activité salariée, non salariée ou bénévole, en rapport direct avec le contenu du diplôme (3 ans en équivalent temps plein, a période d'activité la plus récente doit avoir été exercée dans les 10 ans précédant le dépôt de la demande). C'est le préfet de région qui décidera de la recevabilité des demandes de VAE. Décret n°2004-533 du 11 juin 2004 ; JO du 15/06/04 ACTUALITES CARIF POITOU-CHARENTES – Juin 2004

Dans le cadre de la réforme de la formation professionnelle, de nombreuses branches professionnelles ont mis la VAE au cœur de leurs priorités de formation. C'est le cas de la branche de l'aide à domicile⁶⁶, de celle de l'hospitalisation privée, des cabinets médicaux...

Si la voie de la VAE paraît prometteuse et répondre à des attentes de la part des salariés, des bénévoles, des entreprises ou des branches professionnelles, il ne faut sans doute pas tout attendre. Les premiers bilans⁶⁷, s'ils sont plutôt positifs, ne doivent pas survaloriser cette voie, laissant penser qu'elle peut constituer à elle seule, la réponse aux besoins de qualification.

Le succès de la VAE pour le diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS)

Le DEAVS est le premier diplôme du secteur social ouvert à la VAE en 2002, à titre expérimental, Poitou-Charentes a fait partie des régions pilotes. Jusqu'à la fin de l'année 2004, ce sont 292 DEAVS qui ont été délivrés dont 190 en validation totale. En tout, quelques 429 DEAVS ont été délivrés (VAE et examen à l'issue d'une formation compris). D'après une étude de l'Institut régional du travail social (IRTS) sur les besoins de formation des Auxiliaires de vie sociale dans les structures de maintien à domicile, 40 % des salariés du secteur souhaitent suivre une formation diplômante dont le diplôme d'aide-soignant.

Des opérations sont parfois menées au niveau local pour développer les actions de VAE. Ce fut le cas en 2005 en Charente-Maritime où sept agences pour l'emploi ont proposé à 500 demandeurs d'emploi de faire valider leur expérience et d'accéder au titre professionnel d'assistant de vie⁶⁸. De même, l'UDASSAD 17 (Union Départementale des Associations de Soins et Services à Domicile), en relation avec les personnes qui travaillent auprès des personnes âgées, a choisi d'informer son personnel de la possibilité de faire valider ses acquis⁶⁹. Un livret pose le cadre juridique et explique la procédure pour passer le DEAVS par modules. Le nombre de personnes potentiellement intéressées par cette validation est important d'autant que depuis 2002 la mise en œuvre de l'APA a créé beaucoup d'emplois. Jusqu'à présent, sur ces emplois, les professionnels recrutés n'étaient pas tous qualifiés. Il convient aujourd'hui de rectifier cet état de fait dans l'intérêt du service, des patients et des financeurs.

Le démarrage de la VAE aides-soignants

Les modalités d'accès au diplôme d'aide-soignant par la VAE ont été précisées dans l'arrêté du 25 janvier 2005⁷⁰. Quel que soit le profil du candidat, une **formation obligatoire de 70 heures** devra être suivie. Ce module

(66). La Région lance le Chèque régional VAE. Afin de favoriser l'accès à la VAE des publics les plus fragilisés et de donner sa chance à un plus grand nombre, la Région Poitou-Charentes a décidé de créer un dispositif d'aide individuelle pour l'accompagnement à la VAE : le Chèque régional VAE.

Ce chèque, d'une valeur maximale de 500 € sera distribué par les pilotes des points relais conseils VAE. Il constituera pour chaque individu un droit ouvert tous les cinq ans permettant de bénéficier d'une prestation d'accompagnement VAE. Il est en effet nécessaire d'être accompagné pour réussir une VAE, quel que soit son niveau. 50 % du chèque sera versé aux services d'accompagnement à l'engagement dans la démarche d'accompagnement à la VAE ; le solde leur sera versé si le candidat a obtenu une validation.

Pourront bénéficier du chèque régional VAE :

- tous les demandeurs d'emploi,
- les bénévoles ayant exercé des responsabilités associatives, syndicales ou politiques,
- les conjoints et collaborateurs sans statut,
- certains salariés, avec priorité aux aides à domicile pour le Diplôme d'Etat d'Assistante de Vie Sociale (DEAVS) en 2005, sous réserve d'un cofinancement de 30 à 50 % de l'employeur,
- les collaborateurs de la Région qui souhaiteraient bénéficier d'une VAE,

La Région signera une convention avec les organismes reconnus par les valideurs pour assurer l'accompagnement à la VAE. Elle prévoit de financer 800 chèques délivrés par les Points Relais Conseils VAE (PRC VAE). Par ailleurs 180 chèques sont déjà financés auprès du CNFPT pour l'accompagnement VAE des salariés de Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) qui souhaitent obtenir le Diplôme d'Etat d'Assistante de Vie Sociale (DEAVS). ACTUALITES CARIF POITOU-CHARENTES, juin 2005.

(67). Priorités de la branche de l'aide à domicile. L'accord relatif à la mise en œuvre de la réforme de la formation professionnelle de la branche de l'aide à domicile a été signé le 16/12/2004. Les signataires ont défini les priorités suivantes : définir et mettre en place des formations qualifiantes pour les principaux emplois repères en organisant et en développant la mise en place de la filière des formations de l'intervention de l'aide à domicile (construction systématique de référentiel de métier, compétences, formation) ; favoriser le développement de la VAE au travers d'une communication et d'un accompagnement adapté ; permettre aux structures de remplir leurs missions afin de s'adapter à un environnement en mutation et d'anticiper sur les évolutions des besoins et des métiers de l'intervention à domicile ACTUALITES CARIF POITOU-CHARENTES, Avril 2005

(68). La VAE séduit les salariés, moins les entreprises. Les organismes de formation doivent faire face à une augmentation exceptionnelle des demandes de validation. Mais, dans les entreprises, les employeurs redoutent une inflation salariale. Pourtant, les premiers retours d'expérience sont plus que positifs. Dans le secteur de l'aide à domicile, les associations se sont emparées de la validation des acquis de l'expérience pour revaloriser le métier et qualifier leur personnel. Au niveau des facultés, le dispositif oblige les établissements à renforcer leur service d'accompagnement et à reformuler leurs programmes. ARTICLE : LIAISONS SOCIALES MAGAZINE n°44, septembre 2003, pp. 81-91 ref. Carif : j1861

(69). ARTICLE CARIF INFO, 205, Avril 2005.

(70). ACTUALITES CARIF POITOU-CHARENTES – août 2004

d'analyse des pratiques est un moyen "d'acquérir une sorte de culture commune de la profession". La question du financement de ce module reste aujourd'hui posée⁷¹ et les organismes de formation susceptibles de le proposer doivent se préparer à de fortes demandes. Pour donner un ordre de grandeur du nombre de candidats potentiels, la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée (Fehap), qui compte environ 185 000 salariés indique que 30 000 pourraient être intéressés par une démarche VAE pour obtenir le diplôme d'aide-soignant.

Si aujourd'hui, de fortes attentes se font jour vis-à-vis d'une possibilité d'accès au **diplôme d'infirmière par la voie de la VAE**, sa mise en application, bien qu'à l'étude, sera plus compliquée que pour les diplômés déjà ouverts. En effet, cette profession est réglementée et, par définition, son exercice nécessite d'être titulaire du diplôme : "Si vous faites des piqûres avant d'avoir été infirmière, vous êtes dans l'exercice illégal de la profession".

Difficile financement des formations

Un transfert des financements des pouvoirs publics vers les OPCA

Le contrat d'étude prospective⁷² conduit en Poitou-Charentes dans les secteurs social et médico-social indique que ces secteurs accueillent de nombreuses personnes non diplômées : les chiffres indiquent que près qu'une personne sur trois n'a pas la qualification ou le diplôme correspondant à sa fonction. Ces personnes ont accédé à l'emploi sur des contrats de type CES, CEC... Jusqu'à il y a quelques années, **les pouvoirs publics assumaient la charge du financement de leur formation**. La charge de ces formations initiales, qui permettent normalement l'entrée dans le secteur, est désormais transférée vers les fonds de la formation continue. Ce transfert, qui concerne un nombre important (et en croissance) de personnel, consomme des fonds initialement prévus pour de la formation continue, fonds qui devraient permettre à une infirmière par exemple, de suivre une formation de cadre de santé. Selon les informations fournies par UNIFAF, 35 à 40 % des fonds du plan de formation sont consacrés à la formation qualifiante. Ainsi, la part du **budget formation consacré à la professionnalisation des salariés déjà qualifiés est en constante décroissance**. Soucieux de permettre une formation tout au long de la vie pour les personnels qualifiés, UNIFAF "oscille entre ces deux pans contraires : résister un peu au vide laissé par les financeurs publics autour de la formation initiale que nous devons combler mais ne pas trop y sombrer parce que c'est d'autant moins de financement pour des personnes déjà qualifiées mais qui ne sont pas qualifiées à vie".

La formation continue proprement dite est, dans le secteur de la santé comme ailleurs, une fonction essentielle dans l'accompagnement des personnels en termes d'évolution de carrière, de promotion sociale et de développement professionnel et personnel. Dans le **secteur public hospitalier**, elle est devenue peu à peu, depuis la loi de 1991, un outil stratégique au service des projets hospitaliers. L'association nationale de la formation hospitalière (ANFH), dont la gestion est paritaire, assure la gestion et la mutualisation des fonds versés au titre de la formation continue. En Poitou-Charentes, sur l'exercice 2004, les hôpitaux ont consacré 6.956.387 euros soit 52,38 % des fonds collectés par l'ANFH Poitou-Charentes au titre de l'obligation légale « 2,1 % » de financement minimal des études promotionnelles. A cette somme, s'ajoute 833.646 euros, soit 63,28 % des fonds collectés au titre du congé de formation professionnelle⁷³. La politique de formation professionnelle continue développée par **l'ANFH met la priorité sur les formations dites promotionnelles**.

(71). Le diplôme d'aide-soignant par la VAE. Pour obtenir le diplôme d'aide-soignant par la VAE, il faut justifier, au cours des 12 dernières années, d'une durée totale d'activité cumulée de :

- 5 ans (soit 7 000 h) pour commencer une VAE 2005,
- 4 ans (soit 5 600 h) pour commencer une VAE 2006,
- 3 ans (soit 4 200 h) pour commencer une VAE à partir de 2007.

Le dossier de recevabilité est à retirer auprès de la DDASS, la DRASS ou la DSDS (Direction de la santé et du développement social). Il doit être renvoyé avec les pièces justificatives et un engagement sur l'honneur à ne déposer qu'une seule demande pour ce diplôme. Si la DRASS ou la DSDS n'a pas notifié sa décision dans les 2 mois après réception du dossier, c'est que la demande est refusée. Si la demande est jugée recevable, le candidat doit retirer un livret de présentation des acquis de l'expérience auprès des mêmes institutions et dispose d'un an pour le déposer. Ce livret doit contenir l'attestation de suivi du module de formation dont la durée et le contenu figurent dans l'arrêté. Le jury décide sur la base de l'examen du livret et d'un entretien avec le candidat. Il peut aussi valider les connaissances, aptitudes et compétences afférentes à une ou plusieurs unités du référentiel de compétences. Le candidat dispose de 5 ans pour valider l'intégralité du diplôme en optant soit pour le suivi et l'évaluation du ou des modules de formation correspondant aux compétences non validées soit pour une expérience professionnelle prolongée ou diversifiée. Arrêté du 25 janvier 2005 ; JO du 2/02/05 ACTUALITES CARIF POITOU-CHARENTES – Février 2005

(72). Diplôme d'aide-soignant et VAE. La Fehap propose que cette formation puisse être suivie dans le cadre du droit individuel à la formation (DIF). Par ailleurs la branche des employeurs du secteur privé non lucratif a obtenu qu'UNIFAF, l'OPCA de la branche, mette en place rapidement un dispositif d'accompagnement des candidats à la VAE. ACTUALITES CARIF POITOU-CHARENTES – Mai 2005

(73). Le secteur social et médico-social radiographié. Gilles Rocher (UNIFAF) présente les résultats du contrat d'étude prospective dans les secteurs social et médico-social. ARTICLE : CARIF INFO n°187, Juin 2003, p. 10 ref. Carif : n1895

La durée des formations, frein au développement de la formation continue

La **durée** des formations⁷⁴, rarement inférieure à 1 an et qui peut aller jusqu'à 4 ans (DE de sage femme, certificat de capacité d'orthophoniste), induit plusieurs conséquences, qui peuvent freiner l'accès à la qualification.

Des coûts de formation élevés

L'accès à la qualification se fait en formation longue et par conséquent coûteuses⁷⁵. Pour donner un exemple, "une formation d'infirmière coûte environ, 35 000 euros par an en formation continue", et ce, sur trois ans. Nous pouvons donc imaginer que la question du financement est un des obstacles à la qualification des personnels.

Dans le secteur de l'aide à domicile, les formations représentent également sur des volumes horaires importants, et la question du financement se pose de la même façon. Des efforts particuliers ont été portés pour répondre au besoin de professionnalisation des salariés du secteur en mettant en place un EDDF pour lequel le croisement du financement de divers partenaires a permis de former 10 % des salariés.

Certaines expériences menées à l'échelle de territoires infra régionaux (mellois, bressuirais...), relatées lors du groupe témoin montrent la difficulté de mobilisation des fonds nécessaires au financement des formations. Cette difficulté conduit parfois à l'échec de l'expérience.

La difficulté liée au montage financier des formations constitue donc un réel problème. "Dans les hôpitaux aujourd'hui, il y a au moins cinq modes de financement différents pour la même formation".

Le diplôme d'aide médico psychologique, qui se prépare par le biais d'une formation en cours d'emploi, dont le montant oscille entre 12 000 et 14 000 euros, est parfois préférée par les employeurs à celui d'aide-soignant qui est plus onéreux et oblige les employeurs à se séparer de leur personnel pendant la durée de la formation, ce qui n'est pas facile, compte tenu du manque d'effectif dans les services.

La disponibilité des salariés dans des services en sous effectifs

Aujourd'hui, un des problèmes majeurs en termes de formation continue, pourtant indispensable dans le dispositif d'amélioration de la qualité lié à l'accréditation certification des établissements, est **la non disponibilité des personnels liés à la pénurie relative** dans les services qui ont pourtant le plus besoin d'accompagner leurs personnels dans le développement de leurs compétences⁷⁶.

Dans certains cas, cette question de la disponibilité peut pour partie se résoudre quand le salarié en formation peut réaliser ses stages dans son établissement d'origine. Mais cela n'est pas toujours possible : il est préconisé que le stagiaire puisse aller dans différents services, ce qui est difficile dans les petites structures dont la palette de services n'est pas assez étendue.

- La **mobilité** est également un élément qui peut freiner certaines personnes à s'engager dans des parcours de formation.
- L'**accompagnement** à l'élaboration du parcours individuel.

Pour certaines formations, comme celle d'aide-soignant, les personnes en reconversion professionnelle qui les suivent rencontrent parfois des difficultés, notamment pour rapport à l'écrit et l'évaluation. Certaines écoles souhaitent développer des partenariats avec les missions locales ou les ANPE qui pourraient proposer un **accompagnement personnel antérieur à l'entrée en formation** qui augmenterait les chances de réussite de ces publics.

(74). **Source : ANFH Poitou-Charentes.** Le Congé de Formation Professionnelle (CFP) est un droit statutaire qui donne aux agents hospitaliers des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux, la possibilité de suivre à leur initiative et à titre individuel des formations à visée professionnelle (reconversion, réalisation d'un projet personnel...), distinctes de celles faisant partie du plan de formation de l'établissement dans lequel ils exercent leur activité. Tous les établissements publics de santé, les établissements publics sociaux et médico-sociaux doivent consacrer au CFP une cotisation annuelle correspondant à 0,20 % du montant des salaires inscrit à leur budget au sens de l'article 231-1 du code général des impôts.

(75). Cf. annexe 5.

(76). **Aides-soignant(e)s. Un diplôme trop onéreux.** Le coût des études, comparé à leurs salaires futurs, décourage les candidat(e)s alors que le secteur est en forte demande. ARTICLE : LE MONDE INITIATIVES n°27, février 2004, p. 20 ref. Carif : h3264

Développer la voie de l'apprentissage ?

Pour augmenter le flux de formés dans les domaines du sanitaire et du social, une alternative à développer pourrait être l'apprentissage, d'autant plus qu'il semble y avoir une demande de la part des publics à former.

Historiquement, du fait que ces branches professionnelles ne soient pas assujetties à la taxe d'apprentissage, il n'y a pas eu constitution de centres de formation d'apprentis. Pourtant, la branche professionnelle du secteur privé à but non lucratif a souhaité développer cette voie, au départ à titre expérimental. Un accord de branche prévoit un prélèvement sur les fonds consacrés à la formation professionnelle continue afin d'abonder les fonds consacrés à l'apprentissage avec une priorité au diplôme d'infirmier et éducateur spécialisé. Il convient que d'autres y concourent, que ce soit dans la filière sanitaire mais aussi dans la filière éducative, notamment pour les éducateurs spécialisés. Les institutions qui ont accueilli des apprentis sont tout à fait satisfaites du résultat produit tant pour le formé que pour l'établissement.

Les attraits pour cette voie d'accès à la qualification sont divers. Il semble que l'apprentissage permette de **fidéliser les jeunes formés** : *“Aujourd'hui, nous avons un certain nombre d'institutions qui seraient prêtes à former des aides-soignants. Il y a d'autres régions où nous avons formé par la voie du contrat de qualification des aides-soignants. Et cela fonctionne. Nous sommes extrêmement demandeurs de formations d'aides-soignants qui puissent se faire sur deux ans, la durée d'un contrat de professionnalisation par exemple, parce que là nous savons que des institutions s'engageront pour former des jeunes qu'elles souhaitent pouvoir fidéliser par ce biais, notamment en milieu rural où il y a un déficit d'aides-soignants. Un certain nombre d'institutions pensent qu'en les formant, elles vont pouvoir les fidéliser et les conserver par la suite. Non seulement je pense qu'il y a derrière des possibilités de formation, mais aussi des emplois à la clé”*. Un autre avantage de ce système pointé par les membres du groupe témoin est que, la formation se déroulant en alternance, l'employeur n'a pas à se séparer de personnel pendant toute la durée de la formation.

Pour la préparation du diplôme d'infirmière, cette voie pourrait être envisagée à partir de la seconde année de formation, comme cela existe d'ores et déjà dans d'autres régions (Ile de France...).

Des difficultés persistent néanmoins. La **charge de travail** actuelle des personnels leur laisse peu de temps pour **encadrer** les jeunes⁷⁸, qu'ils soient stagiaires ou qu'ils arrivent nouvellement dans leur poste. Une autre difficulté est celle des **capacités des établissements de formation** dont le fonctionnement est déjà proche de la saturation en raison de la croissance récente des effectifs en formation (augmentation des quotas...).

(77). **L'hôpital public en France : Bilan et perspective**. Etude du Conseil économique et social présentée par M. Éric Molinié au nom de la section des affaires sociales, 21 juin 2005. <http://www.ces.fr/rapport/docton/05062810.pdf>

(78). **Médico-social : bilan en demi-teinte pour l'apprentissage des éducateurs et moniteurs**. Cet article présente les principaux résultats d'un rapport d'évaluation, présenté en mars 2003 et centré sur le dispositif de formation par l'apprentissage des éducateurs spécialisés et des moniteurs éducateurs. Cette expérimentation a été mise en place en 2000. Parmi les nombreux aspects du dispositif, on notera : une mobilisation forte des candidats, les enjeux pour les CFA, les limites de l'accompagnement des apprentis. ARTICLE : INFFO FLASH n°611, 1er au 15 avril 2003, p. 10 ref. Carif : b16033

III – CHIFFRES CLES

Le premier travail de la mission OREF a consisté à rassembler les données nécessaires à l'élaboration de ces diagnostics dès 2003. Un comité technique a été constitué en février 2004 afin de déterminer les modalités d'échange et d'actualisation de ces données entre la mission OREF et les divers fournisseurs de données. Ce premier recueil de données reste à compléter des données sur la formation professionnelle continue hors fonds publics.

Les savoirs technologiques des professionnels du GFE "Paramédical, travail social" concourent à améliorer la santé et le bien-être des individus. Avec 63 881 actifs occupés selon les résultats du recensement de la population de 1999 (RP 1999), le GFE 16 représente 11,1 % de la population active occupée de Poitou-Charentes.

Tous les indicateurs chiffrés sont consultables sur le site www.carif-poitou-charentes.asso.fr, rubrique OREF.

A - LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE

A la rentrée 2002, on comptait 4 350 élèves en dernière année de cycle, dont 3 877 (89 % des effectifs du GFE) dans le domaine sanitaire ou social.

Si l'on s'intéresse plus particulièrement au domaine sanitaire et social, on constate que le nombre de diplômés est très important.

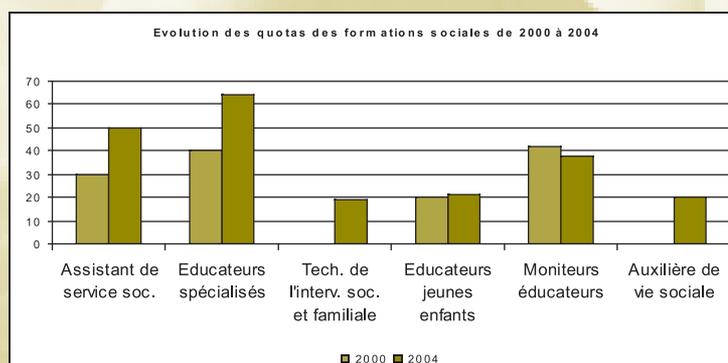
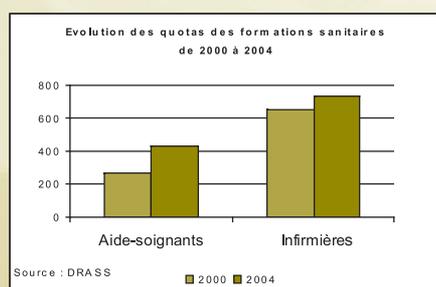
Ces effectifs sont concentrés sur 7 formations :

- Infirmière : 594 élèves
- BEPA Service aux personnes : 514 élèves
- BAC Sciences Médico Sociales : 512 élèves
- BEP Carrières sanitaires et sociales : 418 élèves
- Aide-soignant : 400 élèves
- Aide médico-psychologique : 303 élèves
- Aide à domicile : 244 élèves

Ces formations regroupent plus des deux tiers des effectifs de ce sous GFE (69 %).

L'une des particularités de ce GFE est que certaines professions, et certaines formations sont réglementées et soumises à des quotas définis au niveau national.

Notons que les quotas dans les formations sanitaires, comme dans celles du social, ont été sensiblement augmentés depuis 2000. C'est ce qui est représenté sur les deux graphiques suivants :



Apprentissage

4 % de ces effectifs sont en apprentissage : seuls les diplômés de prothésiste dentaire et préparateur en pharmacie, se préparent par la voie de l'apprentissage.

Répartition géographique des formations

Pour ce qui est du domaine sanitaire, l'offre de formation est répartie de façon assez équilibrée sur l'ensemble du territoire picto-charentais, les quatre villes chef lieu disposant de centres de formation. Dans le social, en revanche, un seul établissement, l'Institut Régional du Travail Social (IRTS), rassemble toute l'offre de la région pour autant certaines formations sont sous traitées partiellement et donc organisées sur l'ensemble de la région.

Le diplôme d'auxiliaire de puériculture n'est préparé qu'en Deux-Sèvres.

Autre spécificité de ce GFE, les diplômés d'école de santé ou d'écoles sociales se préparent en formation initiale ou continue.

Des formations féminisées

Ces formations sont très largement (à 91 %) suivies par des filles. Plus le niveau s'élève et plus la part des garçons est élevée (21 % de garçons en niveau 2).

Sélectivité des formations et réussite aux examens

Globalement, les formations dépendant du ministère de la santé et l'action sociale sont **très sélectives**, puisque 6 candidats se présentent pour 1 place.

Deux formations apparaissent comme spécialement sélectives : Educateur de jeunes enfants, où l'on compte 28 candidats pour une place, et auxiliaire de puériculture où l'on comptabilise 13 candidatures pour une place.

Ces formations étant sélectives, elles sont suivies par des jeunes motivés et de bon niveau. Cette caractéristique explique pour partie les **excellents taux de réussite aux examens** (autour de 95 %). C'est la formation "Assistante de service social" qui obtient les résultats les moins élevés mais qui dépassent tout de même les 76 %.

Les formations relevant de l'éducation nationale sont également sélectives. C'est surtout le cas des BTS Economie sociale et familiale et Diététique qui comptent plus de 10 candidats pour une place.

Répartition géographique des formations

Globalement, tous niveaux confondus, le maillage territorial des établissements de formation du GFE 16 semble **assez équilibré**.

Si l'on regarde par niveau, on constate que le **niveau 5** concerne un très grand nombre d'établissements, comptant chacun des effectifs assez réduits. Un établissement se distingue à Poitiers par l'importance de ses effectifs : l'Institut Régional du Travail Social (IRTS).

Le **niveau 4** est plus concentré sur les agglomérations. Chaque chef lieu de département compte au moins 3 établissements dont un proposant des formations par apprentissage.

Le niveau 3 concerne pour une grande partie les formations d'infirmier(e) qui sont préparés dans les hôpitaux des agglomérations. L'IRTS, situé à Poitiers, regroupe l'ensemble des élèves préparant ce niveau de diplôme dans le domaine social (Educateurs et assistants de service social).

Formation professionnelle continue financée sur fonds publics

Cette partie de la formation professionnelle continue concerne 1 381 personnes qui préparent presque exclusivement des formations de niveau 5 et 5 bis (93%). 81 % des formations ont une durée supérieurs à 300 heures. Les plus de 26 ans sont majoritaires (62%).

La Validation des Acquis de l'Expérience (VAE)

Autre voie d'accès à la qualification, la VAE, a concerné plus de 750 personnes en deux ans pour le seul Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS).

Résultats obtenus par les candidats depuis novembre 2002 sur les différents diplômes éducation nationale du secteur sanitaire et social :

	Nb. total dossiers déposés	Aucune validation	Validation partielle	Validation totale	Pas de données sur résultats
CAP Petite enfance	120	13	21	54	12
BEP carrières sanitaires et sociales	27	3	12	11	1
Bac techno sciences médico-sociales	6	1	2	2	1 (abst)
BTS économie sociale et familiale	18	5	4	9	
Total	161	22	39	76	14

Source : Rectorat

B - EMPLOI

L'une des difficultés rencontrées lors de l'analyse des chiffres clés du GFE 16 est liée aux nomenclatures utilisées par les producteurs qui ne permettent pas d'identifier certaines professions comme : Assistante de vie, Auxiliaire de vie sociale, Aide médico-psychologique...

En 1999, le GFE 16 comptait 63 881 actifs. C'est le troisième GFE en termes de nombre d'actifs derrière le GFE 14 : Tertiaire de bureau, tertiaire spécialisé et le GFE 18 : Nettoyage, assainissement, environnement, sécurité.

Répartition par sexe

Ces emplois sont dans leur écrasante majorité, exercés par des femmes (à 82 %). Cependant, on peut remarquer des différences entre des professions uniquement féminines (Assistante maternelle, gardienne d'enfants, travailleuse familiale ; Puéricultrice ; Manucure ; Sage femme) et des professions dans lesquelles les hommes sont plus présents : les médecins et pharmaciens (saliés) sont principalement des hommes (dans l'avenir cette tendance devrait s'inverser). Les métiers d'infirmier psychiatrique, d'éducateur et de psychologue spécialiste de l'orientation scolaire et professionnelle sont mixtes.

Trois professions regroupent plus de la moitié des effectifs d'actifs de ce GFE. Il s'agit des Assistantes maternelles, gardiennes d'enfants, travailleuses familiales (au nombre de 17 876), d'aides-soignants (10 347) et d'infirmiers salariés (6 130). Si on regarde l'ensemble des infirmiers, on en compte alors près de 10 000.

Tendances sur l'évolution de ces professions

L'enquête emploi réalisée au niveau national en 2002 montre une progression importante du nombre d'actifs : si la population active de Poitou-Charentes a évolué comme le niveau national, la progression d'actifs a été de 8 %, soit 5 000 actifs en plus en 3 ans.

A elles seules, trois professions concentrent une progression de près de 4 000 actifs. Ce sont les aides soignants (+1 500), les assistantes maternelles, gardiennes d'enfants, travailleuses familiales (+1 500) et les éducateurs spécialisés (+1 000). Dans le proche avenir, le nombre d'infirmiers devrait encore progresser, compte tenu de l'augmentation des quotas.

Les trois professions en croissance les plus rapides sont les conseillers familiaux, les psychologues spécialistes de l'orientation scolaire et professionnelle, et les sages femmes.

Répartition des actifs par profession et classe d'âge

Certaines professions concernent des populations actives âgées. C'est le cas essentiellement des cadres et professions intellectuelles supérieures.

Globalement, entre 1990 et 1999, la moyenne d'âge des actifs de ces professions s'est élevée de 3 ans, passant de 35 ans à 38 ans. Ce vieillissement est plus accusé sur 3 professions qui voient leur moyenne s'élever de 6 ans. C'est le cas des médecins hospitaliers, des techniciens médicaux et des infirmiers psychiatriques.

Le rajeunissement ou le vieillissement d'une profession sont à interpréter en termes de dynamisme, de perspectives de renouvellement ou de difficultés durables.

Masculinisation de certaines professions

Si les métiers sont majoritairement occupés par des femmes, certains comme celui de conseillers familiaux ont vu, entre 1990 et 1999, la part des hommes progresser (cette part est passée de 3 à 17 %).

Qualification des actifs

Les actifs de ce GFE sont globalement très diplômés.

Les actifs exerçant une profession d'assistantes maternelles, gardiennes d'enfants, travailleuses familiales ainsi que les artisans coiffeurs, manucures, esthéticiennes ont généralement un niveau 5.

Les actifs des professions intermédiaires sont majoritairement titulaires d'un niveau 3 excepté les préparateurs en pharmacie qui ont un niveau 4. Les cadres et professions intellectuelles supérieures parmi lesquels on compte les médecins et pharmaciens, sont, eux, titulaires de niveau 1 ou 2.

Répartition par secteur d'activité et tailles d'entreprises

Les actifs de ce GFE, exercent leur profession dans divers secteurs d'activité. Le plus important est celui des **activités hospitalières**, qui emploie la plus grande partie des professions de santé, et dans une moindre mesure les crèches et **garderies d'enfants et l'aide à domicile**.

Les données permettent de constater que les entreprises de la région sont en majorité de petites tailles. Cependant, les entreprises de plus de 50 salariés, même si elles sont peu nombreuses, peuvent employer de très nombreux salariés, notamment dans les établissements hospitaliers.

C - MARCHÉ DU TRAVAIL

Même si une part importante des offres et des demandes, ne passe pas par l'ANPE, les données fournies permettent de caractériser les offres et les demandes d'emploi.

Offre et demande d'emploi

En mars 2004, 6 600 personnes recherchaient un emploi dans l'une des professions de ce GFE. Près des deux tiers cherchaient un emploi d'intervenant auprès d'enfants (2 132) ou d'intervenant à domicile (2 004). Les autres professions pour lesquelles le nombre de demandeurs d'emplois était important sont : Educateur intervenant auprès d'enfants (705), et Aide-soignant (229). La très grande majorité (92 %) de ces personnes était des femmes. Une sur trois était inscrite depuis plus d'un an.

Certains métiers apparaissant comme étant en **tension**, c'est-à-dire pour lesquelles des difficultés de recrutement s'observent, sont les suivants :

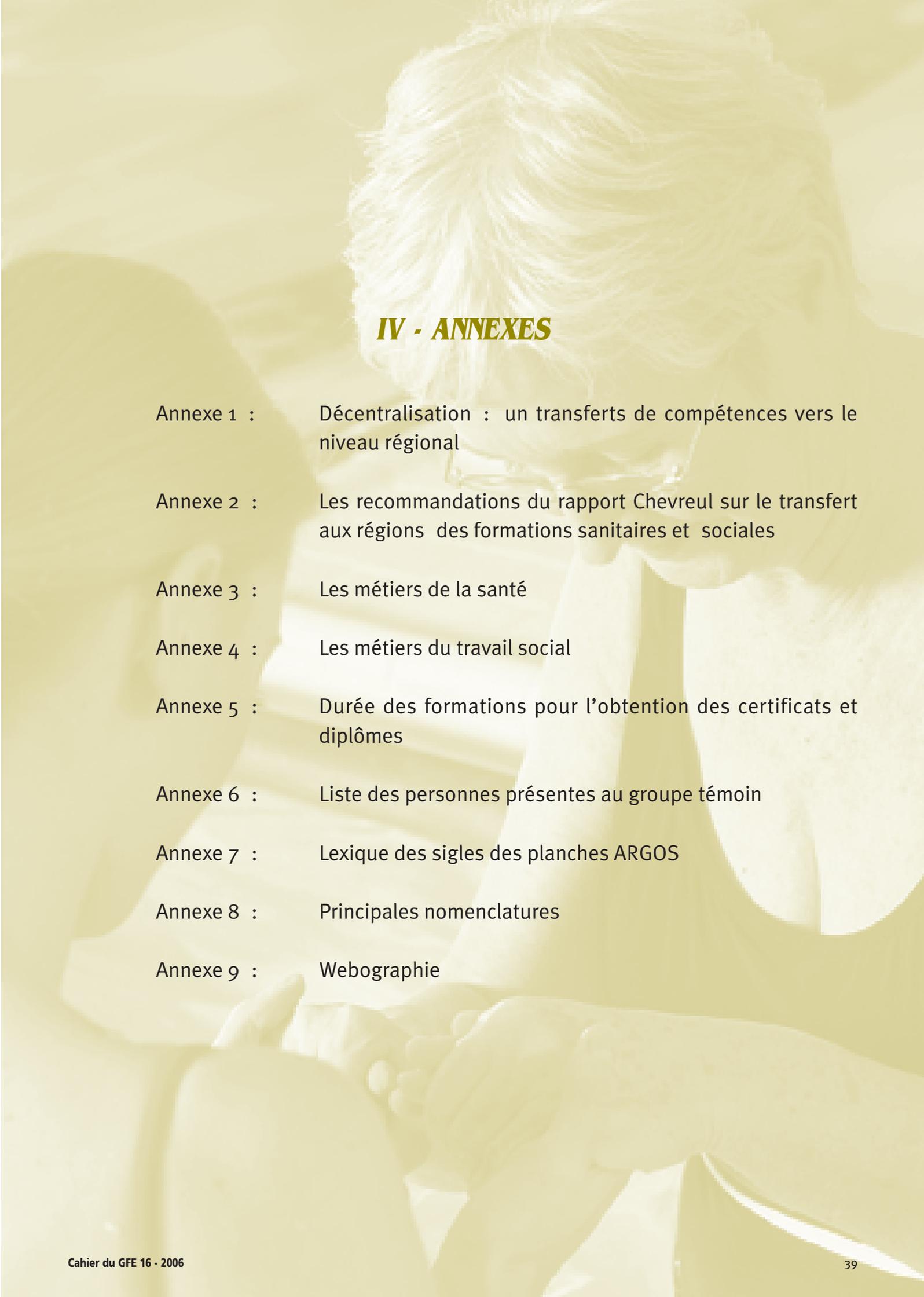
- Infirmier (26 candidats pour cent offres) ;
- Aide-soignant (45 candidats pour cent offres).

L'évolution du nombre d'offres d'emploi, de 1997 à 2003 montre **l'amplification de cette tension**, puisque qu'il a presque doublé pour ces deux professions. De plus, la tendance penche en faveur des contrats de plus en plus longs (supérieurs à 6 mois).

Le métier d'intervenant à domicile a connu cette même évolution quant au nombre des offres, toutefois, ici, la part des offres en CDI et CDD long, est passé des deux tiers, à 42 %.

Pour les professions d'intervenant auprès d'enfant ou à domicile, la part des jeunes demandeurs d'emploi est assez faible (23 et 30 %). Ce sont les personnes âgées de **30 à 49 ans** les plus concernées. Le niveau de formation des moins de 30 ans, inscrits sur ces professions était, dans 6 cas sur 10, un **niveau 5**. Le cas des professions d'intervenant auprès d'enfants et d'aide-soignant est un peu différent car le niveau des jeunes demandeurs d'emploi est plus souvent un niveau 4.





IV - ANNEXES

- Annexe 1 : Décentralisation : un transferts de compétences vers le niveau régional
- Annexe 2 : Les recommandations du rapport Chevreul sur le transfert aux régions des formations sanitaires et sociales
- Annexe 3 : Les métiers de la santé
- Annexe 4 : Les métiers du travail social
- Annexe 5 : Durée des formations pour l'obtention des certificats et diplômes
- Annexe 6 : Liste des personnes présentes au groupe témoin
- Annexe 7 : Lexique des sigles des planches ARGOS
- Annexe 8 : Principales nomenclatures
- Annexe 9 : Webographie

Annexe 1 :

DÉCENTRALISATION : UN TRANSFERTS DE COMPÉTENCES VERS LE NIVEAU RÉGIONAL

La loi du 13 Août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales constitue une nouvelle étape en matière de décentralisation. La Région se voit confier des dossiers importants en matière de formation professionnelle.

Définition et mise en œuvre la politique de formation des travailleurs sociaux.

Cette responsabilité se décline à 5 niveaux d'intervention :

- élaborer le schéma des formations sociales en association avec les départements pour la définition des besoins. Ce schéma s'inscrit dans le Plan Régional de développement des formations professionnelles (PRDFP) ;
- agréer les établissements pour les formations initiales après que ceux-ci ont déposé une déclaration préalable auprès des services de l'Etat ;
- attribuer des subventions aux établissements dans le cadre de conventions annuelles pour couvrir les dépenses pédagogiques et administratives en prenant en compte les autres recettes ;
- attribuer des aides aux étudiants en formation initiale ;
- participer aux dépenses d'investissement.

Dans la région, chaque année, ce sont près de 500 élèves et étudiants qui préparent un diplôme de travail social concerné par ce transfert qui va de formations de niveau 5 à des formations de niveau 3.

Le budget consacré par l'Etat en 2004 s'élevait à 3 millions d'euros de subvention contribuant au fonctionnement des établissements agréés au titre de la formation initiale en Poitou-Charentes (Association de gestion de l'IRTS –AGIRTS- et Association Régionale pour la Formation d'Aides A Domicile –ARFAD) auxquels s'ajoutaient 500 000 euros consacrés aux bourses aux étudiants.

Contribuer à l'organisation et à la mise en œuvre de formations paramédicales

La loi précise les responsabilités de l'Etat et de la Région :

- **L'Etat garde un rôle prépondérant** en fixant les conditions d'accès aux formations, déterminant les programmes et l'organisation des études, délivrant les diplômes. Après avis de la Région, il fixe les "quotas" : nombre d'étudiants ou d'élèves admis à entreprendre des études pour les formations réglementées.
- **La Région a la responsabilité de :**
 - Formaliser un schéma régional sanitaire, partie intégrante du Plan Régionale de développement des formations professionnelles (PRDFP). Ce schéma sert de référence pour la répartition des "quotas" entre les différentes écoles ou instituts ;
 - Délivrer les autorisations d'ouverture de nouvelles écoles et agréer les directeurs après avis des services de l'Etat ;
 - Assurer le fonctionnement et l'équipement de ces écoles et instituts de formation quand ils relèvent d'un établissement public de santé ;
 - Attribuer les aides aux élèves et étudiants inscrits en formation initiale.

En Poitou-Charentes, ce sont un peu plus de 2 800 élèves ou étudiants qui sont concernés dans 24 établissements de formation agréés. Globalement, le budget annuel correspondant est estimé à 14 millions d'euros pour le fonctionnement des formations et 1,5 millions d'euros pour les bourses d'étude.

Le 11 juillet 2005, la Commission permanente du Conseil Régional a entériné le règlement relatif à la gestion des aides. Alors que la réglementation nationale ne prévoit que des bourses d'étude, deux types d'aides directes peuvent être attribuées par le Conseil Régional :

- une bourse pour accompagner les jeunes qui décident de poursuivre leurs études (environ 1200 élèves et étudiants concernés).
- une rémunération pour permettre à ceux qui se sont déjà engagés dans la vie active de les reprendre (environ 600 élèves et étudiants concernés).

Annexe 2 :

LES RECOMMANDATIONS DU RAPPORT CHEVREUL SUR LE TRANSFERT AUX RÉGIONS DES FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES

Le rapport du conseiller régional des Pays de la Loire, Philippe Chevreul, portant sur "la mise en oeuvre du transfert aux régions des formations sanitaires et sociales", a été remis fin février 2005 au gouvernement. Dans ce document, Philippe Chevreul rappelle que *"l'ensemble des acteurs du champ des formations sanitaires et sociales aurait souhaité un report de la mise en place de cette décentralisation et l'aménagement d'une phase de transition indispensable au temps de la concertation"*. Il formule donc un certain nombre de recommandations pour *"créer des conditions favorables"* à ce transfert de compétence. En premier lieu, il estime nécessaire de délimiter précisément le champ de la décentralisation puisque la compétence respective de l'Etat, des régions et des départements détermine le mode de financement de la formation concernée. Deux points font encore aujourd'hui débat, souligne Philippe Chevreul, en évoquant d'abord la frontière fluctuante entre formation initiale et formation continue.

Pour les ministères en charge de la santé et des affaires sociales, ainsi que les employeurs et les organismes du secteur, est qualifiée de formation initiale, toute formation diplômante, alors que les régions privilégient une approche par publics, en fonction du statut de la personne en formation. D'où la nécessité, estime l'auteur du rapport, que tous les acteurs se réunissent pour déterminer *"ce que chacun est prêt à financer"*.

L'autre inquiétude en la matière concerne les formations sanitaires et sociales dépendant des ministères autres que la Santé et les Affaires sociales. Le rapporteur appelle chacun des ministères concernés à préciser quelles formations entrent dans le champ du transfert. Deuxième souci majeur relevé par Philippe Chevreul, la compensation financière du coût du transfert ne laisse d'inquiéter les régions. Si les règles de compensation établissent que *"tout transfert de compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales s'accompagne de l'attribution de ressources équivalentes à celles qui étaient consacrées à leur exercice"*, l'imprécision règne pourtant sur le calcul des charges effectivement prises en compte.

Pour améliorer cette situation, Philippe Chevreul suggère notamment d'indiquer la nature des dépenses (administratives, liées à l'activité pédagogique, de fonctionnement, ...), de déroger aux règles de compensation pour tenir compte de la réalité du terrain, et enfin d'harmoniser dès 2005 les systèmes de bourses, avec les ressources nécessaires à cet alignement. Il insiste également sur la nécessité d'une concertation approfondie à tous les niveaux de décision. Il propose notamment, à cet effet, de constituer un groupe de réflexion. Une conférence sur les formations sociales pourrait associer les départements à l'élaboration du schéma régional, tandis qu'une commission spécialisée du comité de coordination régional de l'emploi et de la formation professionnelle (CCREFP) pourrait être créée et établir des liens avec le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS). Au niveau national, Philippe Chevreul propose de lancer une campagne de sensibilisation aux métiers sanitaires et sociaux et d'améliorer les outils statistiques d'observation du secteur, et encourage vivement la diversification des voies de qualification (apprentissage, contrats d'alternance, VAE...).

ACTUALITES CARIF POITOU-CHARENTES – Juin 2005

Annexe 3 :

LES MÉTIERS DE LA SANTÉ

Médecin	Les missions de base sont la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies et des handicaps, ainsi que le soulagement des souffrances. Il peut mettre en oeuvre l'ensemble des actes nécessaires à ces missions dans les limites de sa compétence. Son rôle est donc le maintien et la restauration de la santé au plan physique mais aussi psychologique, en collaboration avec les autres professions médicales et les professions paramédicales.
Chirurgien-dentiste	L'exercice professionnel du chirurgien-dentiste vise à dispenser aux patients des actes de prévention et de soins bucco-dentaires, à traiter les handicaps liés à l'absence de dents par des réhabilitations dentaires prothétiques, à corriger les défauts de positionnement des dents par des traitements d'orthopédie, à rétablir une fonction masticatoire harmonieuse prévenant ou corrigeant ainsi des troubles musculaires et articulaires de la face.
Pharmacien	Acteur non seulement au niveau de la délivrance du médicament et des produits de santé, mais aussi dans le domaine de la prévention, de la biologie médicale, de la recherche, de l'industrie pharmaceutique, de l'enseignement... Suivant son mode d'exercice, il aura des contacts privilégiés avec les patients, les autres acteurs du système de santé (médecins, infirmiers...), des juristes, des administrations, des entreprises commerciales.
Sage-femme	La sage-femme exerce une profession médicale. Son champ de compétence concerne la femme enceinte et la naissance. Il est toutefois limité à la grossesse et à l'accouchement normal, un médecin devant obligatoirement prendre le relais en cas de grossesse ou accouchement pathologique. Les actes et les prescriptions médicamenteuses que les sages-femmes sont autorisées à effectuer sont précisés par des textes réglementaires.
Infirmier	Le métier d'infirmier est très diversifié. L'infirmier peut exercer dans de multiples secteurs d'activité : celui des soins (médecine, obstétrique, chirurgie, psychiatrie...), de la prévention (médecine du travail, Education Nationale) ou de l'action humanitaire. Par ailleurs le diplôme étant reconnu dans toute l'Union Européenne, il permet une liberté de circulation totale. En outre, le métier offre de multiples perspectives de carrière, tant en matière de spécialisation (diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste, puériculture, bloc opératoire) que d'encadrement (diplôme de cadre de santé, directeur de soins).
Masseur kinésithérapeute	Le masseur kinésithérapeute réalise, de façon manuelle ou instrumentale, des actes fixés par décret, notamment à des fins de rééducation sur prescription médicale, dans le but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et lorsqu'elles sont altérées de les rétablir ou d'y suppléer. Il intervient également dans le domaine sportif (remise en forme, relaxation, massages) et en thalassothérapie (balnéothérapie, hydrothérapie).
Orthophoniste	L'orthophoniste prévient et prend en charge, sur prescription médicale, les troubles de la communication écrite et orale. Il est amené, à ce titre à s'occuper des malentendants auxquels il apprend à lire et à parler sur les lèvres, d'enfants souffrant de retards d'expression ou de troubles comme le bégaiement, ayant des difficultés d'apprentissage de la lecture, de l'orthographe, de l'écriture. Il soigne également des adultes ayant des troubles de la voix ou privés de leurs facultés d'expression ou de compréhension (surdité, accidents cérébraux).
Orthoptiste	L'orthoptiste assure, par la rééducation, le traitement des troubles de la fonction sensorielle et motrice des yeux (strabisme, paralysie oculomotrice...). Il travaille sur prescription médicale : 80 % de ses actes sont prescrits par les ophtalmologistes. La pratique de l'orthoptie s'articule autour de trois éléments : le bilan, la rééducation orthoptique, et la rééducation fonctionnelle du trouble visuel.

Psychomotricien	Le travail du psychomotricien vise à rééduquer les personnes confrontées à des difficultés psychologiques vécues et exprimées de façon corporelle, en agissant sur leurs fonctions psychomotrices. Il traite des troubles du mouvement et du geste dont peuvent souffrir les enfants, les adolescents, les adultes et personnes âgées : bégaiement, tic, trouble de l'orientation et du comportement. Les actes qu'il est autorisé à pratiquer sont réglementés par un décret. Il intervient sur prescription médicale.
Pédicure-podologue	Le pédicure-podologue soigne toutes les affections de la peau et des ongles du pied. D'autre part, sur prescription médicale, il conçoit et fabrique les semelles orthopédiques pour compenser les malformations du pied et pratique aussi des exercices de rééducation postopératoire.
Ergothérapeute	L'ergothérapeute contribue au traitement des troubles et des handicaps de nature psychique, somatique ou intellectuelle créant une désadaptation ou une altération de l'identité et vise à la réinsertion des personnes atteintes de ces troubles dans leur travail. L'ergothérapie sollicite les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles des personnes traitées pour leur permettre de maintenir, récupérer ou acquérir la meilleure autonomie individuelle possible. Après avoir examiné la personne, il propose les solutions techniques nécessaires : aménagement du mobilier, habillage, hygiène...
Audio-prothésiste	L'audioprothésiste est un professionnel qui procède à l'appareillage des déficients de l'ouïe. Cet appareillage comprend le choix, l'adaptation, la délivrance, le contrôle d'efficacité immédiat et permanent de la prothèse auditive et l'éducation prothétique du déficient de l'ouïe. La délivrance d'un appareil de prothèse auditive est soumise à la prescription médicale préalable et obligatoire
Opticien-lunetier	L'opticien-lunetier est un professionnel qui réalise, adapte, vend des articles destinés à corriger les défauts ou déficiences de la vue sur prescription médicale et conseille les utilisateurs des matériels fournis. Il commercialise également des fournitures telles que lunettes de soleil, étuis, produits d'entretien, instruments d'optique et de mesure. Le caractère commercial de son métier est important.
Manipulateur ERM	Le manipulateur d'électroradiologie médicale, sur prescription et sous la responsabilité d'un médecin, participe directement à la réalisation des investigations relevant de l'imagerie médicale (radiologie classique, scanographie, I.R.M, médecine nucléaire) et des traitements (radiothérapie).
Aide-soignant	L'aide-soignant contribue à une prise en charge globale des personnes en liaison avec les autres intervenants au sein d'une équipe pluridisciplinaire, en milieu hospitalier ou extra-hospitalier, dans le secteur médical, social ou médico-social. Il veille, en cas de besoin, à leur éducation et à celle de leur entourage. Au sein de cette équipe, il dispense, en collaboration et sous la responsabilité de l'infirmier, les soins visant à répondre aux besoins d'entretien et de continuité de la vie de l'être humain et à compenser partiellement un manque ou une diminution d'autonomie de la personne.
Agent de service hospitalier	L'agent de service peut par lui-même planifier, organiser et effectuer différents travaux de service comme le nettoyage et l'entretien, la préparation et la présentation des repas, des travaux de manoeuvre et de déménagement ainsi que des travaux de surveillance et de contrôle en respectant l'environnement et l'utilisation des ressources ainsi que les exigences ordinaires de santé, de bien-être et de sécurité dans les entreprises et établissements publics et privés, ainsi que dans les foyers privés.

Source : Rapport du CES "LE RECRUTEMENT, LA FORMATION ET LA PROFESSIONNALISATION DES SALARIÉS DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL", 2004. Rapport présenté par M. Michel Pinaud.

Annexe 4 :

LES MÉTIERS DU TRAVAIL SOCIAL

Aide à domicile

Si l'auxiliaire de vie et l'aide ménagère s'adressent en général à des publics différents, personnes handicapées dans le premier cas, personnes âgées et familles dans le second cas, leurs fonctions d'aide à domicile sont cependant semblables. Dans l'un ou l'autre situation, il s'agit d'apporter une aide dans l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne pour permettre aux personnes handicapées, aux personnes âgées ou aux familles de rester dans leur cadre de vie habituel, et conserver ainsi une certaine autonomie et une vie sociale.

Aide médico psychologique

L'aide médico-psychologique participe à l'accompagnement des enfants et des adultes handicapés ou des personnes âgées dépendantes. Il agit au sein d'une équipe pluriprofessionnelle sous la responsabilité d'un travailleur social ou paramédical. Il intervient dans les hôpitaux, les maisons d'accueil spécialisées, les maisons de retraite, partout où des personnes ont besoin d'une présence et d'un accompagnement individualisé du fait de la gravité de leur handicap ou de leur état de dépendance.

Animateur

L'animateur exerce des responsabilités dans l'élaboration et la mise en œuvre de projets d'animation ; il organise ou aide à organiser des activités. Les champs d'intervention sont variés et, selon les cas, les actions qu'il mène ont une dominante culturelle, sociale ou éducative.

Assistant social

L'assistant de service social agit avec les personnes, les familles, les groupes pour améliorer leurs conditions de vie sur le plan social, économique ou culturel. Il les aide à surmonter leurs difficultés et à développer leurs capacités propres afin de maintenir ou de restaurer leur autonomie et de faciliter leur insertion. Son intervention revêt diverses formes : informer sur les droits aux prestations sociales, aux soins médicaux, à la formation ; aider dans ces démarches, conseiller et orienter en fonction des demandes vers des lieux d'accueil ou des services spécialisés ; participer au développement social de quartier ou de collectivités en milieu urbain ou rural ; concevoir et participer à la mise en œuvre de projets socio-éducatifs.

Conseiller en économie sociale et familiale

C'est par l'information, le conseil technique, l'organisation d'actions de formation que le conseiller en économie sociale et familiale aide les individus, les familles et les groupes à résoudre les problèmes de leur vie quotidienne. Il contribue ainsi à la prévention de l'exclusion sociale sous toutes ses formes. Les compétences techniques et pratiques du conseiller en économie sociale et familiale en matière d'habitat, de logement, d'alimentation et de santé, de gestion des ressources et de consommation sont autant de terrains qui lui permettent d'agir concrètement pour favoriser l'insertion sociale et d'être acteur du développement social en milieu urbain ou rural.

Educateur de jeunes enfants

L'éducateur de jeunes enfants est, parmi les travailleurs sociaux, le spécialiste de la petite enfance. Ses fonctions se situent à 3 niveaux : éducation, prévention, coordination. Il intervient auprès des enfants de 0 à 7 ans. A cette époque clé de la petite enfance, il s'attache à favoriser le développement global et harmonieux des enfants, en stimulant leurs potentialités intellectuelles, affectives, artistiques.

Educateur spécialisé

L'éducateur spécialisé concourt à l'éducation d'enfants et d'adolescents ou au soutien d'adultes présentant des déficiences physiques, psychiques ou des troubles du comportement ou qui ont des difficultés d'insertion. Par le soutien qu'il apporte et par les projets qu'il élabore, il aide les personnes en difficulté à restaurer ou à préserver leur autonomie. Il favorise également les actions de prévention. Son intervention se situe aussi bien dans le champ social que dans le champ scolaire, celui de la santé ou encore de la protection judiciaire de jeunesse. Il est également de plus en plus appelé à intervenir sur le développement local d'un quartier ou d'une communauté.

Educateur technique spécialisé

L'éducateur technique spécialisé a 2 casquettes : il est à la fois éducateur et spécialiste d'une technique professionnelle qu'il transmet aux personnes dont il a la charge. Il est ainsi spécialiste de l'adaptation ou de la réadaptation professionnelle des handicapés jeunes ou adultes, d'une façon générale des personnes qui rencontrent de grandes difficultés d'insertion professionnelle. Son action vise à favoriser l'autonomie, la réinsertion ou l'intégration dans le monde du travail.

Moniteur-éducateur

Le moniteur éducateur exerce sa fonction auprès d'enfants, d'adolescents ou d'adultes inadaptés, handicapés ou en situation de dépendance. A travers un accompagnement particulier, le moniteur-éducateur aide quotidiennement à instaurer, restaurer ou préserver l'adaptation sociale et l'autonomie de ces personnes. Il participe ainsi à l'action éducative, à l'animation et à l'organisation de la vie quotidienne des personnes accueillies en liaison avec les autres professionnels de l'éducation spécialisée

Technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF)

Le technicien de l'intervention sociale et familiale est un travailleur social dont les missions sont en pleine évolution suite à la réforme de la formation des travailleuses familiales. A partir du support des activités de la vie quotidienne, le TISF assure une action socio-éducative auprès des familles voire d'autres publics. Son intervention vise à permettre l'intégration sociale, le développement et l'autonomie des personnes aidées. Son rôle est donc à la fois préventif, éducatif, d'accompagnement et de soutien. Professionnel qualifié, le TISF peut être amené à travailler en équipe pour participer ou animer des projets collectifs.

Source : Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2000.

Annexe 5 :

DURÉE DES FORMATIONS POUR L'OBTENTION DES CERTIFICATS ET DIPLÔMES LISTE DANS LE DÉCRET DU 5 AVRIL 1990

Libellé du diplôme	Durée formation
Brevet de technicien supérieur d'économie sociale familiale	2 ans
Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique	22 mois
Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement social	24 mois
Certificat d'aptitude aux fonctions de moniteur éducateur	2 ans
Certificat d'aptitude aux fonctions d'éducateur technique spécialisé	3 ans
Certificat de capacité d'orthophoniste	4 ans
Certificat de capacité d'orthoptiste	3 ans
Certificat de qualification de moniteur d'atelier	1 an
Diplôme cadre option sage-femme	9,5 mois
Diplôme cadre option masso-kinésithérapie	9,5 mois
Diplôme cadre option laboratoire d'analyses de biologie médicale	9,5 mois
Diplôme cadre option d'ergothérapie	9,5 mois
Diplôme cadre option infirmier	9,5 mois
Diplôme cadre option infirmier de secteur psychiatrique	9,5 mois
Diplôme cadre option manipulateur d'électroradiologie médicale	9,5 mois
Diplôme d'Etat d'assistant de service social	3 ans
Diplôme d'Etat de conseiller en économie sociale et familiale	1 an
Diplôme d'Etat de laborantin d'analyses médicales	3 ans
Diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale	3 ans
Diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute	3 ans
Diplôme d'Etat de pédicure-podologue	3 ans
Diplôme d'Etat de psychomotricien	3 ans
Diplôme d'Etat de puéricultrice	3 ans en formation initiale ou 12 mois pour IDE
Diplôme d'Etat de sage-femme	4 ans
Diplôme d'Etat d'éducateur de jeunes enfants	27 mois
Diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé	3 ans en formation initiale ou 4 ans en situation d'emploi
Diplôme d'Etat d'ergothérapeute	3 ans
Diplôme d'Etat d'infirmier	3 ans
Diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire	18 mois
Diplôme d'Etat infirmier anesthésiste	24 mois
Diplôme d'Etat relatif aux fonctions d'animation	3 ans
Diplôme professionnel d'aide-soignant	1 an
Diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture	1 an
Diplôme supérieur en travail social	3 ans

Annexe 6 :

LISTE DES PERSONNES PRÉSENTES AU GROUPE TÉMOIN

	Nom	Structure
M.	ALLEGRIANI	MAS LA SOLIDARITE
M.	ARNAULT	Polyclinique de Poitiers
M	BARTHELEMY	I.R.T.S. Poitou-Charentes
Mme	BATY-DEHAUDT	CNFPT
M.	BEAUMATIN	CFDT Santé sociaux - UNIFAF
Mme	BERTEAUX	CBE de Bressuire
Mme	BERTRAND	Région Poitou-Charentes
M.	BILLE	IRTS
Mme	BOSQUET	UDASSAD 17 et URASAD
Mme	BOSTVIRONNOIS-BOSQUET	ANPE
Mme	BOUILLAUD	RECTORAT
Mme	BOUYER	GRETA de Saintonge
Mme	BROCHON BURGUIERE	UNIFORMATION
M.	BROUSSEAU	Agence régionale de l'hospitalisation
Mme	BUISSON	Institut FEPEM de l'emploi familial
Mme	BUJEAU	CONSEIL REGIONAL
Mme	CALMETTES	CHU de Poitiers
Mme	CATALDI	UDASSAD
M.	CHANSELLE	LE TREBUCHET
Mme	CHAUVEAU RONSIN	IFSI
Mme	CHRETIEN	Centre médico chirurgical de l'Atlantique
Mme	COLLET	Institut de formation des cadres de santé
Mme	COQUIN	UNIVERSITE DE POITIERS
Mme	COURREE	AGEVIF CAFOC
Mme	COUTANT	Plan d'action pour l'emploi du Pays d'Aunis
M.	CREHIN	UNIFED & ADAPEI 79
Dr	DABBADIE	Centre de rééducation et réadaptation fonctionnelles
Mme	DAVID	DRAF
M.	DE LIMA	ADAPA
Mme	DEMAY	Mission Locale du Pays des Vals de Saintonge
Mme	DUHAYON	Centre communal et d'action sociale
Mme	DUMANS	DRASS POITOU-CHARENTES
Mme	FAKIR	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
Mme	FOURNAT	UNIFAF

Mme	GERVAIS	Direction régionale du travail de l'emploi et de la formation professionnelle
M.	GIBIER	CGT
Mme	GIL	Région Poitou-Charentes
M.	GIRAUD	Observatoire Régional de la Santé
Mme	GORON	CIO Châtelleraut
M.	GRAVAUD	UNIFORMATION
M.	GROLLEAU	Professeur SMS
M.	GUEGAN	ADMR Charente
M.	HAMMER	ANFH
M.	HAMMER	ANFH
M.	JOUBERT	CONSEIL REGIONAL
Mme	LANGLAIS	
M.	LE PAGE	ORS
Mme	LESTABLE	Mission Locale de l'arrondissement Rochelais
Mme	L'HARIDON	LEP ST JACQUES DE COMPOSTELLE
Mme	LOGER	Centre hospitalier de Montmorillon
M.	LOURDAULT	Institut de formation de manipulateurs d'électroradiologie médicale
Mme	MALKA	IFSI POITIERS
Mme	MARIAU	MFR
M.	MARTIN	IRTS
Mme	PAGERIE	Polyclinique de Poitiers
M.	PALLARD	AMESHAG
M.	PALLUEAU	AFPA LE VIGEANT
Mme	PERRIN	IFSI CRF
Mme	PHILIPPE	
M.	PITHON	URECSO POITOU-CHARENTES
Mme	POUGNARD	IFSI NIORT
M.	REVEILLON	DAFPIC
Mme	ROBERT	Croix rouge française - Centre Richelieu Médecine physique réadaptation
M.	ROCHER	UNIFAF
M.	ROLLAND	A.N.F.H.
Mme	RORRISON	IFSI ROCHEFORT SUR MER
M.	SAGORY	Agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail
M.	SCHOEN	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
Mme	SOULODRE DOS SANTOS	DAFPIC
M.	SUANT	CFDT
Mme	VANDERMEERSCH	CARIF Poitou-Charentes
M.	VERRECCHIA	UNIFAF

Annexe 7 :

LEXIQUE DES SIGLES DES PLANCHES ARGOS

AFOBAT	Association pour la Formation dans le BÂTiment
AFP-BTP	Association de Formation Professionnelle – Bâtiment et Travaux Publics
AFPA	Association pour la Formation Professionnelle des Adultes
ANPE	Agence Nationale Pour l'Emploi
ARGOS	Analyse Régionale pour les Grandes Orientations du Schéma des formations
ASSEDIC	ASSociations pour l'Emploi Dans l'Industrie et le Commerce
BEP	Brevet d'Etudes Professionnelles
BEPC	Brevet d'Etudes de Premier Cycle
BTP	Bâtiment et Travaux Publics
BTS	Brevet de Technicien Supérieur
CAO	Conception Assistée par Ordinateur
CAP	Certificat d'Aptitude Professionnelle
CCI	Chambre de Commerce et d'Industrie
CDD	Contrat à Durée Déterminée
CDI	Contrat à Durée Indéterminée
CEP	Certificat d'Etudes Primaires
CFA	Centre de Formation d'Apprentis
CIPECMA	Centre Interconsulaire de Perfectionnement et d'Enseignement Charente-MARitime
CM	Chambre de Métiers
CNASEA	Centre National pour l'Aménagement des Structures des Exploitation Agricoles
DAO	Design Assisté par Ordinateur
DEFM	Demandeur d'Emploi en Fin de Mois
DRAF	Direction Régionale de l'Agriculture et de la Forêt
DRAM	Direction Régionale des Affaires Maritimes
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRTEFP	Drection Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
DUT	Diplôme Universitaire de Technologie
ENILIA	Ecole Nationale d'Industrie Laitière et des Industries Agroalimentaires
EREA	Etablissement Régional d'Enseignement Adapté
FCIL	Formation Complémentaire d'Initiative Locale
FONGECIF	FONds de GEstion des Congés Individuels de Formation
HG	Hors Groupe formation emploi (GFE)
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IREO	Institut Rural d'Education et d'Orientation
IUT	Institut Universitaire de Technologie
LEAP	Lycée d'Enseignement Agricole Privé
LEGTA	Lycée d'Enseignement Général, Technologique et Agricole
LIRHE	Laboratoire Interdisciplinaire de recherche en Ressources Humaines et Emploi
LP	Lycée Professionnel
LPA	Lycée Professionnel Agricole
LPO	Lycée Polyvalent
LPP	Lycée Professionnel Privé
LTPR	Lycée Technologique et Professionnel Rural
MFREO	Maison Familiale Rurale d'Education et d'Orientation
NAF	Nomenclature d'Activités Françaises
NSF	Nomenclature des Spécialités de Formation
OREF	Observatoire Régional de l'Emploi et de la Formation
ROME	Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois
RP	Recensement de la Population
SILEF	Système d'Information Local sur l'Emploi par Famille professionnelle
SIRENE	Système Informatique pour le Répertoire des ENTreprises et de leurs Établissement
STAPS	Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives
TP	Travaux Publics
UFR	Unité de Formation et de Recherche

Annexe 8 :

PRINCIPALES NOMENCLATURES

Niveaux de formation définis par la circulaire interministérielle n°11-67-300 du 11 juillet 1967

Niveau 6 : sorties du premier cycle du second degré (6ème, 5ème, 4ème) et des formations pré-professionnelles en un an (CEP, CPPN et CPA)

Niveau 5 bis : sorties de 3ème et des classes de second cycle court avant l'année terminale (dans les statistiques officielles, le niveau 6 inclut souvent le niveau 5 bis)

Niveau 5 : sorties de l'année terminale des cycles courts professionnels et abandon de la scolarité du second cycle long avant la classe terminale

Niveau 4 : sorties des classes terminales du second cycle long et abandons des scolarisations post-baccalauréat avant d'atteindre le niveau 3

Niveau 3 : sorties avec un diplôme de niveau BAC + 2 ans (DUT, BTS, DEUG, écoles de formation sanitaire et sociale, etc...)

Niveaux 2 et 1 : sorties avec un diplôme de second ou troisième cycle universitaire ou un diplôme de grandes

Types d'emplois

Emplois d'exécution : ouvriers non-qualifiés, ouvriers qualifiés, artisans

Emplois intermédiaires : agents de maîtrise et techniciens

Emplois cadres : ingénieurs, cadres, personnels navigants techniques

Catégories de demandeurs d'emploi inscrits à l'ANPE

Trois nouvelles catégories (6, 7 et 8) existent depuis juin 1995 concernant les personnes ayant exercé plus de 78 heures d'activités réduites dans le mois de leur inscription ou du renouvellement de leur demande

Catégorie 1 : personnes sans emploi immédiatement disponibles, à la recherche d'un emploi à durée indéterminée à plein temps, ayant au plus exercé 78 heures d'activités réduites dans le mois de leur inscription ou du renouvellement de leur demande et tenues d'accomplir des actes positifs de recherche d'emploi

Catégorie 2 : personnes sans emploi immédiatement disponibles, à la recherche d'un emploi à durée indéterminée à temps partiel, ayant au plus exercé 78 heures d'activités réduites dans le mois de leur inscription ou du renouvellement de leur demande et tenues d'accomplir des actes positifs de recherche d'emploi

Catégorie 3 : personnes sans emploi immédiatement disponibles, à la recherche d'un emploi à durée déterminée, temporaire ou saisonnier y compris de très courte durée, ayant au plus exercé 78 heures d'activités réduites dans le mois de leur inscription ou du renouvellement de leur demande et tenues d'accomplir des actes positifs de recherche d'emploi

Catégorie 4 : personnes sans emploi non immédiatement disponibles, à la recherche d'un emploi

Catégorie 5 : personnes pourvues d'un emploi, à la recherche d'un autre emploi (tel que CES)

Catégorie 6 : personnes non immédiatement disponibles, à la recherche d'un autre emploi à durée indéterminée à plein temps et tenues d'accomplir des actes positifs de recherche d'emploi

Catégorie 7 : personnes non immédiatement disponibles, à la recherche d'un autre emploi à durée indéterminée à temps partiel et tenues d'accomplir des actes positifs de recherche d'emploi

Catégorie 8 : personnes non immédiatement disponibles, à la recherche d'un autre emploi à durée déterminée, temporaire ou saisonnier y compris de très courte durée et tenues d'accomplir des actes positifs de recherche d'emploi

Annexe 9 :

WEBOGRAPHIE

Association Française des Organismes de formation et de Recherche en Travail Social

<http://www.aforts.com>

La rubrique « Métiers et formation » propose des fiches métiers très détaillées, classées par niveau de qualification. Une base de données sur les établissements est accessible via la rubrique Centres de formation. La recherche se fait par type de formation et/ou critères géographiques (régions et départements).

Sélection dans le site

Métiers et formations :

http://www.aforts.com/metiers_et_formations/page_metiers_et_formation.htm

Centres de formation :

http://www.aforts.com/centres_de_formation/page_formation.htm

Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH)

<http://www.anfh.asso.fr>

Site de l'ANFH, organisme paritaire collecteur agréé des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux.

CEREQ

<http://www.cereq.fr>

Le site du Céreq propose des productions de statistiques, des recherches, des études et l'accompagnement d'actions. Il formule des avis et des propositions destinés à éclairer les choix en matière de politiques de formation à l'échelon régional, national ou international.

FORMAHP

<http://www.formahp.com>

Organisme Paritaire Collecteur Agréé de la branche professionnelle de l'hospitalisation privée à statut commercial. A noter, une rubrique Actualités (Réforme de la formation) et Métiers et diplômes.

Le Social

<http://www.lesocial.fr>

Le Social.fr est le portail du social en France. La rubrique formation répertorie les centres de formation du secteur. A noter, l'existence de plusieurs Forums sur les pratiques professionnelles de différents métiers du social (Educateur spécialisé, Assistant social, Aide-médico-psy, Aide-éducateur...) ainsi qu'une rubrique « écrits » répertoriant des documents de type littérature grise (rapports de stage, mémoires...)

Sélection dans le site

Formations : <http://www.lesocial.fr/formations>

Forums : <http://www.lesocial.fr/forums/tousforums.php3>

Ecrits : <http://www.lesocial.fr/ecrits>

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

<http://www.sante.gouv.fr>

Le site Internet de la Santé et de la Protection sociale donne accès à 20 grands dossiers thématiques, à des renseignements pratiques, de la documentation et un espace de téléchargement des recherches, études et statistiques menées par les services du Ministère. Il propose également des liens vers le portail des agences sanitaires et sur le site de la modernisation de l'assurance maladie.

Sélection dans le site

Métiers, emploi et concours de la Santé :

<http://www.sante.gouv.fr/emplois/index.htm>

Rapport sur les formations aux professions sociales en 2001 :

<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat38.pdf>

Rapport sur les professions de santé en 2003 :

<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat52.pdf>

Observatoire régional de la santé en Poitou-Charentes

<http://www.ors-poitou-charentes.org>

Le site Internet de l'observatoire de la santé en Poitou-Charentes apporte des observations sur l'état de santé de la population. Il propose des données chiffrées, des indicateurs et des études régionales.

Sélection dans le site

Présentation de l'observatoire :

http://www.ors-poitou-charentes.org/lettre/doc_actualite/PlaqueORs.pdf

Les indicateurs régionaux de santé publique :

<http://www.ors-poitou-charentes.org/etudes/index.php>

Les études sur la santé :

<http://www.ors-poitou-charentes.org/etudes/index.php?lapage=etudes.php>

ONISEP

<http://www.onisep.fr>

Les fiches métiers de l'Onisep informent sur les métiers (activités, conditions travail, qualités requises, carrière-promotion, débouchés/salaires, se documenter, formations).

Studyrama

<http://www.studyrama.com>

Ce portail propose des informations à destination des étudiants et des jeunes diplômés sur l'orientation, l'emploi, le logement, la santé et les loisirs. Un espace Agenda ainsi que des fiches métiers sont également accessibles.

Sélection dans le site

Les métiers de la santé :

http://www.studyrama.com/rubrique.php3?id_rubrique=127

Les métiers du social :

http://www.studyrama.com/rubrique.php3?id_rubrique=128

Les métiers du paramédical :

http://www.studyrama.com/rubrique.php3?id_rubrique=123

Actualités sociales hebdomadaires

<http://www.ash.tm.fr/front/metiers.php>

Ce site propose des fiches détaillées sur les métiers du social.

Association Française des Organismes de formation et de Recherche en Travail Social

<http://www.aforts.com>

La rubrique "Métiers et formation" propose des fiches métiers très détaillées, classées par niveau de qualification. Une base de données sur les établissements est accessible via la rubrique Centres de formation. La recherche se fait par type de formation et/ou critères géographiques (régions et départements).

Présentation du GFE 16 :

Paramédical - Travail social - Soins personnels.....	5
--	---

I – SYNTHÈSE DU DIAGNOSTIC

Contexte.....	7
Gestion des ressources humaines.....	8
Enjeux et leviers.....	8

II – ANALYSE SUITE AU GROUPE TEMOIN

A - CONTEXTE

Des besoins de services en croissance.....	10
La maîtrise des coûts sociaux et de santé.....	11
Plan de développement des services à la personne : la valorisation d'un gisement d'emplois.....	12

B - FORMATIONS ET PROFESSIONS

Définitions.....	14
Evolutions des métiers : productivité, professionnalisation.....	15
L'émergence de nouveaux métiers.....	17

C - LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Une pénurie de main d'œuvre, des métiers en tension.....	18
Image et attractivité des métiers et orientation des publics.....	20
Une nécessaire gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.....	21
Faciliter les carrières professionnelles pour fidéliser les actifs.....	24

D - FORMATION

Un appareil de formation en adaptation	26
L'engouement pour la VAE	28
Difficile financement des formations	30
Développer la voie de l'apprentissage ?	32

III – CHIFFRES CLES

A - LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE

Apprentissage	34
Répartition géographique des formations	34
Des formations féminisées	34
Sélectivité des formations et réussite aux examens	34
Répartition géographique des formations	34

B - EMPLOI

Répartition par sexe	35
Tendances sur l'évolution de ces professions	35
Répartition des actifs par profession et classe d'âge	36
Masculinisation de certaines professions	36
Qualification des actifs	36
Répartition par secteur d'activité et tailles d'entreprises	36

C - MARCHÉ DU TRAVAIL

Offre et demande d'emploi	37
---------------------------------	----

IV - ANNEXES

Annexe 1 : Décentralisation : un transferts de compétences vers le niveau régional.....	40
Annexe 2 : Les recommandations du rapport Chevreul sur le transfert aux régions des formations sanitaires et sociales	41
Annexe 3 : Les métiers de la santé	42
Annexe 4 : Les métiers du travail social	44
Annexe 5 : Durée des formations pour l'obtention des certificats et diplômes	46
Annexe 6 : Liste des personnes présentes au groupe témoin	47
Annexe 7 : Lexique des sigles des planches ARGOS.....	49
Annexe 8 : Principales nomenclatures.....	50
Annexe 9 : Webographie.....	51

Table des matières



Ce document est téléchargeable sur le site Internet :
www.carif-poitou-charentes.asso.fr

Direction régionale
du travail, de l'emploi
et de la formation professionnelle



Ministère du travail
et des affaires sociales



Union Européenne



CARIF Poitou-Charentes
15, rue Alsace-Lorraine - 17 044 La Rochelle Cedex
Tel : 05 46 00 32 38 - Fax : 05 46 00 32 34
Courriel : info@carif.org