

Quelles qualifications pour demain ?



Dans le cadre de la préparation du schéma régional des formations sanitaires et sociales, l'ORM a été mandaté par la Région pour réaliser un diagnostic partagé de la situation des formations initiales des travailleurs sociaux et de certains professionnels de santé. Ce diagnostic préalable, conduit en collaboration avec l'Insee, la DRASS, l'ORS, le DROS ainsi que la DRTEFP, s'inscrit en amont de la construction de l'action publique. Réalisé sous forme interactive, il a pour objectif de mutualiser la connaissance, de diffuser l'information et d'inciter au débat afin de mieux préparer la prise de décision des pouvoirs publics régionaux.



Le schéma régional des formations initiales dans le secteur sanitaire et social s'inscrit dans le cadre plus global du plan régional de développement des formations professionnelles (PRDFP) dont les principaux objectifs se déclinent de manière différenciée selon les formations. Cette présentation propose une synthèse des problématiques des formations sanitaires et sociales en lien avec les objectifs du service public régional de formation permanente et d'apprentissage. Elle renvoie à l'ensemble des fiches constitutives des cahiers du pré-diagnostic, disponibles dans leur intégralité sur le site : <http://www.saso-orm-paca.org>.



SOMMAIRE

1 - DES FORMATIONS EN PRISE DIRECTE AVEC LES BESOINS DE LA POPULATION...	2
2 - TENDANCES D'ÉVOLUTION DES EMPLOIS ET DES MÉTIERS DANS LES SECTEURS SANITAIRE ET SOCIAL	5
3 - PANORAMA DES FORMATIONS	9
PREMIERS ENJEUX	14

I - DES FORMATIONS EN PRISE DIRECTE AVEC LES BESOINS DE LA POPULATION

DES PHÉNOMÈNES DE SOCIÉTÉ DÉTERMINANTS

La région, comme l'ensemble du pays, est exposée à plusieurs phénomènes impactant directement les besoins des populations en matière de santé et d'accompagnement social.

● **L'allongement de l'espérance de vie** génère une augmentation de la demande d'aide et d'assistance des personnes dépendantes, mais dans le même temps, la diminution du montant des retraites engendre une certaine faiblesse des moyens privés pour rémunérer ces besoins. En PACA en 2030, un tiers de la population régionale aura plus de 60 ans pour moins d'un quart actuellement. Il est probable qu'à cette date 80 000 résidents auront dépassé les 90 ans. La population totale pourrait atteindre 5 200 000 personnes.

2030

5 200 000 RÉSIDENTS EN PACA
DONT 80 000 DE PLUS DE 90 ANS.

● **Les difficultés sociales** sont de plus en plus marquées ou de mieux en mieux connues et engendrent de nouveaux besoins. La région se caractérise par un nombre élevé de bénéficiaires de minima sociaux, parmi lesquels les RMIstes représentent un peu plus de 5 % de la population. L'illettrisme reste préoccupant, en particulier chez les jeunes appelés à rentrer sur le marché du travail. Paradoxalement le traitement des difficultés sociales incombant au secteur public est tributaire du niveau de prélèvement fiscal qu'il peut mettre en place. Si la population ne dispose que de faibles revenus, les ressources fiscales risquent de ne pas permettre la couverture des besoins.

2006

PRÈS DE 5 % DE LA POPULATION DE PACA
EST CONCERNÉE PAR LE RMI.

● **L'augmentation du travail des femmes** a généré de nouveaux besoins en éducateurs de jeunes enfants, en auxiliaires de puériculture. La rémunération de ce travail ne permet pas toujours aux familles d'avoir accès à ce type de garde pour les jeunes enfants. Les assistants maternels sont également tributaires de ces moyens.

UNE TRÈS FORTE DEMANDE DE
SOLUTIONS POUR GARDER LES ENFANTS
EN BAS-ÂGE.

Finalement, notre société occidentale est confrontée à un paradoxe faisant pression sur l'ensemble des acteurs impliqués dans les politiques sociales et de santé.

De nombreuses personnes fragilisées sur le marché du travail, ou rencontrant, pour toutes autres

raisons des difficultés d'insertion sociale, font appel à divers services dans les domaines des soins ou de la prévention qui requièrent des moyens très importants. Dans le même temps, une frange importante de la population dispose de ressources suffisantes pour augmenter une consommation de confort visant le "bien vivre", participant ainsi à une commercialisation de services médicaux et paramédicaux.

Ce mouvement ambivalent intervient sur la structuration des professions de santé et du travail social, sur les façons d'exercer les métiers et sur les modes d'organisation des établissements. Il perturbe les estimations quantitatives et qualitatives nécessaires pour planifier l'intervention de l'ensemble des professionnels. Dans ces conditions, l'équilibre entre les filières, les dispositifs, les spécialités de formation se révèle être un exercice délicat. Sans prétendre à l'exhaustivité, la présente synthèse propose une description des caractéristiques des métiers et des formations dans la perspective de faciliter la concertation et la prise de décision aux divers niveaux de responsabilité concernés. Ce support permettra de replacer le processus d'élaboration du schéma, le précédent remontant à juin 2002, dans le contexte nouveau des transferts de responsabilité de l'État vers les collectivités territoriales.

LE SECTEUR ÉCONOMIQUE SANITAIRE ET SOCIAL JOUE UN RÔLE MAJEUR DANS L'EMPLOI EN RÉGION

● **Le secteur sanitaire et social occupe, en région Provence - Alpes - Côte d'Azur, environ 210 000 personnes** (salariés et libéraux), qui se répartissent pour les trois quarts dans la santé, pour un quart dans le travail social. C'est le second secteur employeur de main-d'œuvre avec près de 10 % de l'emploi régional, ce qui correspond à 180 000 salariés. Cette part est plus marquée qu'en moyenne nationale il regroupe 8 % des salariés. À ces salariés viennent donc s'ajouter 30 000 emplois en exercice libéral.

● **Les établissements employeurs en région se caractérisent par leur grande taille** : ceux de plus de dix salariés y sont plus nombreux que pour l'ensemble du tertiaire et que pour tous les secteurs. C'est surtout vrai pour les établissements de 50 à 500 salariés. Malgré cette concentration dans les grands établissements, l'emploi est diffus sur l'ensemble de la région avec

une part plus importante dans les métropoles (Aix-Marseille, Nice, Toulon, Avignon) et dans les départements alpins (pour Gap et Digne en particulier). Cependant certains territoires ont de faibles effectifs et la part dans l'emploi reste basse, c'est le cas par exemple de la zone d'emploi de Fréjus - Saint-Raphaël.

● **La population salariée est très féminisée (80 %) et d'âge moyen élevé.** Les moins de 25 ans sont peu nombreux, ce qui signale une entrée tardive dans les métiers du sanitaire et du social. La moyenne d'âge est plus élevée que pour les autres domaines d'activité en région, avec une part importante des 45-54 ans. La part des seniors (plus de 50 ans) est, pour certaines professions, plus élevée qu'au niveau national en particulier dans la santé.

● **Les emplois sont stables dans l'ensemble** avec une part importante de contrats à durée indéterminée (43 %) et de postes de titulaires de la fonction publique (28 %). Au recensement de 1999, les contrats d'apprentissage et les contrats de qualification étaient peu développés. Ils sont en évolution depuis. Le taux de recours à l'intérim est faible. Si les postes de titulaires de la fonction publique ont une part plus marquée qu'ailleurs, celle-ci a cependant fortement diminué au cours des vingt dernières années.

● **Les emplois mobilisent des qualifications élevées.** Que ce soit dans le secteur social comme dans celui de la santé, le niveau III de formation prédomine très largement. Une place importante est faite aux emplois de qualifications intermédiaire et supérieure (77 %).

● **Les métiers sont très divers.** Dans le secteur économique de la santé, l'Insee recense près de 395 professions différentes. À titre d'exemple, plus de 150 métiers sont dénombrés dans un centre hospitalier régional. Cependant les trois premiers métiers du secteur de la santé (infirmier, sage-femme et aide-soignant) recouvrent à eux seuls 40 % de l'emploi total du secteur. Les métiers transversaux (secrétariat, employés administratifs, conducteurs de véhicules) sont aussi très présents.

● **Un marché du travail contrasté.** Toutes les situations existent : pénurie de main-d'œuvre pour certains métiers, excès de demandeurs

d'emploi pour d'autres. Ainsi, une offre d'emploi sur trois dans les professions paramédicales concerne le métier d'infirmier généraliste, alors que les personnes disponibles sur le marché du travail sont très peu nombreuses. De fortes tensions existent aussi pour les emplois de sage-femme et de masseur-kinésithérapeute. À l'inverse, les demandeurs d'emploi sont particulièrement nombreux sur les métiers de la petite enfance où il y a, globalement, trois fois plus de demandes que d'offres à pourvoir. Le recrutement de personnel formé dans d'autres régions de France ou de la communauté européenne est important en PACA et palie partiellement à la pénurie de professionnels.

POUR AUTANT, IL EST DIFFICILE DE METTRE EN PERSPECTIVE L'EMPLOI, ET DONC LA FORMATION, TANT CES SECTEURS SONT SOUMIS À DES POLITIQUES PUBLIQUES SENSIBLES

Les besoins en qualifications dans ces métiers sont difficiles à estimer tant ils sont liés à des politiques publiques sensibles. La filière de formation est l'une des plus soumises à leur impact. Non seulement elles déterminent le niveau des besoins en personnel, mais elles conditionnent les moyens financiers attribués à la mise en œuvre des formations. Ce type d'environnement est très particulier et vient remettre en cause les équilibres traditionnels de la relation emploi formation.

● **Une grande disparité des rôles et des acteurs.** Les acteurs sont particulièrement nombreux dans cette filière. La multiplication des politiques publiques a pour effet la juxtaposition de moyens. Parce que les professions sont codées et hiérarchisées par discipline et par spécialité (santé) ou parce que le besoin de reconnaissance reste fort (social), le raisonnement se fait encore beaucoup métier par métier, donc formation par formation, sans rechercher une vision globale de la filière. Il est difficile de parler de relation entre emplois et formations dans ces secteurs, c'est plutôt la somme de relations "un emploi - une formation" qui prévaut. Souvent de nouveaux moyens et acteurs naissent au gré des revendications pour une amélioration des conditions d'exercice d'un métier ou de mise en œuvre d'une formation. On assiste alors à un phénomène d'empilements successifs dont le lien entre eux n'est pas évident à cerner.

210 000 EMPLOIS

10 % DE L'EMPLOI SALARIÉ RÉGIONAL.

INFIRMIERS, SAGES-FEMMES ET AIDES-SOIGNANTS = 40 % DE L'EMPLOI TOTAL DE LA SANTÉ.

LA PART DES SENIORS EST PLUS ÉLEVÉE POUR CERTAINES PROFESSIONS DE SANTÉ QU'AU NIVEAU NATIONAL.



● **Le champ même de l'observation est complexe.** La loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales confère aux régions de nouvelles responsabilités quant aux formations sanitaires et sociales. C'est dans ce cadre que la Région se voit confier la responsabilité de l'élaboration des schémas régionaux des formations. Le champ des formations concernées par ces schémas n'est cependant pas précisément défini.

Pour le secteur social :

L'article 52 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales définit les formations sociales comme étant celles qui contribuent à la qualification et à la promotion "des professionnels et des personnels salariés et non salariés engagés dans la lutte contre les exclusions et contre la maltraitance, dans la prévention et la compensation de la perte d'autonomie, des handicaps ou des inadaptations et dans la promotion de la cohésion sociale et du développement social."

Le travail social peut être caractérisé de plusieurs façons. Les métiers concernés sont difficiles à appréhender et à délimiter. Ils peuvent cependant être regroupés en quatre grands domaines (d'après "Les métiers du travail social, hors aide à domicile" - Études et résultats n° 441, novembre 2005 - Dress, ministère de la Santé et des Solidarités).

Les métiers de l'aide ont pour finalité l'amélioration des conditions de vie sur le plan social, économique, alimentaire et culturel des personnes et des familles.

Les métiers de l'éducation spécialisée ont pour objet les interventions auprès d'enfants, d'adolescents et d'adultes qui présentent des déficiences physiques ou psychologiques.

Les métiers de l'accueil au domicile ont pour objet la prise en charge au domicile du professionnel des personnes âgées, d'adultes handicapés ou d'enfants, ainsi que l'accueil familial thérapeutique. Il s'agit des métiers d'assistant familial et d'assistant maternel. Ces professions et les formations qui s'y rapportent sont gérées par les départements.

Les métiers de l'animation regroupent une très grande diversité de situations professionnelles qui se sont développées à partir des actions de l'éducation populaire. Il s'agit le plus souvent des animateurs socioculturels (non concernés par les dispositions de

la loi en particulier les transferts de financement).

À cette liste, il convient d'ajouter **les métiers de cadres de l'action sociale.**

Au titre du schéma régional, les formations conduisant à l'exercice de ces métiers sera pris en compte et replacé dans le contexte plus global de l'ensemble des formations préparant à une carrière dans le secteur social.

Pour le secteur sanitaire :

Les professions concernées par le transfert de compétences sont mentionnées l'article 73 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. Elles peuvent être réparties en quatre groupes :

les professions de soins ;
les professions de rééducation ;
les professions médico-techniques ;
les professions de cadre.

Ils exercent soit en secteur salarié dans des établissements de soins, médico-sociaux ou sociaux, dans des cabinets médicaux, dans des laboratoires, soit en secteur libéral auquel la plupart d'entre eux peuvent également avoir accès. Ces professionnels ont en commun de préparer, soigner, appareiller, réhabiliter et rééduquer, le plus souvent après le diagnostic et l'ordonnance du médecin. Certains peuvent intervenir de leur propre chef, dans le cadre des compétences qui leur sont reconnues par la réglementation.

Au regard du schéma régional, ce sont toutes les formations permettant l'accès aux certifications nécessaires pour exercer ces métiers qui sont concernées. Elles seront cependant replacées dans le contexte plus global de l'ensemble des formations de santé.

● **Des difficultés techniques.** Les nomenclatures utilisées dans la statistique publique ne permettent pas d'isoler un métier aussi finement que cela serait nécessaire pour une observation précise des évolutions. Le recours à plusieurs sources différentes rend difficile une présentation homogène des résultats pour chacun des métiers. C'est un problème dont il faudra tenir compte dans la mise en œuvre du suivi d'un schéma régional des formations sanitaires et sociales.

LES MÉTIERS OBSERVÉS

● TRAVAIL SOCIAL

LES MÉTIERS DE L'AIDE

- . Assistant de service social
- . Conseiller en économie sociale et familiale
- . Technicien de l'intervention sociale et familiale
- . Auxiliaire de vie sociale

LES MÉTIERS DE L'ÉDUCATION SPÉCIALISÉE

- . Éducateur de jeunes enfants
- . Éducateur spécialisé
- . Moniteur éducateur
- . Éducateur technique spécialisé
- . Aide médico-psychologique

LES MÉTIERS DE L'ACCUEIL AU DOMICILE

- . Assistant familial

LES MÉTIERS DE CADRES DE L'ACTION SOCIALE

- . Encadrant et responsable d'unité d'intervention sociale
- . Directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale
- . Conseiller / expert en intervention sociale.

● SECTEUR SANITAIRE

LES PROFESSIONS DE SOINS

- . Infirmier
- . Aide-soignant
- . Auxiliaire de puériculture

LES PROFESSIONS DE RÉÉDUCATION

- . Masseur-kinésithérapeute
- . Pédiacre podologue
- . Orthophoniste
- . Orthoptiste
- . Ergothérapeute
- . Psychomotricien
- . Opticien lunetier
- . Audioprothésiste
- . Diététicien

LES PROFESSIONS MÉDICO-TECHNIQUES

- . Manipulateur d'électroradiologie médicale
- . Ambulancier
- . Préparateur en pharmacie hospitalière
- . Technicien de laboratoire d'analyse de biologie médicale

LES AUTRES PROFESSIONS

- . Sage-femme
- . Cadre de santé

2 - TENDANCES D'ÉVOLUTION DES EMPLOIS ET DES MÉTIERS DANS LES SECTEURS SANITAIRE ET SOCIAL

LE SECTEUR SOCIAL

** TYPES D'EMPLOYEURS : un relatif équilibre entre privé et public.*

Le secteur privé prédomine pour les aides à domicile qui représentent le groupe de métiers le plus important en nombre d'actifs dans le social. Le statut de "particulier employeur" est en très fort développement, encouragé par les politiques publiques. Pour les autres métiers, la part des employeurs du public et celle du privé sont équivalentes. L'employeur public est majoritaire pour les assistants de service social.

** DÉMOGRAPHIE PROFESSIONNELLE : des métiers très féminisés et plutôt "seniors".*

Les métiers du secteur social restent fortement féminisés avec une exception pour l'éducateur technique spécialisé qui représente une évolution professionnelle pour des hommes exerçant des métiers manuels.

Les disparités d'âges des salariés selon les métiers permet de distinguer trois catégories : les métiers ou groupes de métiers "seniors" (majoritaires), "jeunes" et "mixtes" (minoritaires).

La part des seniors est forte pour les assistants de service social et les cadres, chez les aides à domicile et chez les éducateurs techniques spécialisés.

La part des jeunes et des seniors est relativement équilibrée parmi les éducateurs spécialisés.

La part des jeunes apparaît importante dans les métiers du conseil familial.

** STRUCTURE DES QUALIFICATIONS : une prépondérance des niveaux III et V.*

Les métiers de niveau III (éducateurs spécialisés, assistants de service social), et ceux de niveau V (aides à domicile, aides médico-psychologiques) constituent l'essentiel des effectifs. Viennent ensuite des métiers de niveau IV (moniteurs éducateurs et techniciens de l'intervention sociale et familiale), de niveau I (directeurs d'établissement et conseillers experts) et de niveau II (encadrants, chefs de service et médiateurs familiaux). Cela met en évidence les faibles perspectives d'évolution en termes de qualification pour les métiers de niveau III (peu



de formations de niveau II) et ceux de niveau V (peu de formations de niveau IV).

*** MARCHÉ DE L'EMPLOI : le déséquilibre territorial et le cas particulier des aides à domicile.**

L'offre et la demande d'emplois sont concentrées dans les grosses agglomérations alors qu'une pénurie de travailleurs sociaux existe en milieu rural. Les problématiques relatives aux conditions de travail sont également différentes suivant le lieu d'exercice des professions. En milieu rural les travailleurs sociaux et les employeurs sont confrontés à des problèmes d'organisation et de gestion des déplacements. Cela peut aussi être le cas en milieu urbain mais ils doivent surtout faire face à des problèmes de gestion de masse des demandes de services sociaux.

Pour l'ensemble des métiers du secteur, il existe un équilibre relatif entre l'offre et la demande d'emploi excepté pour toute l'aide à domicile qui souffre d'une pénurie de personnel.



*** ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS : un enjeu de lisibilité.**

Divers métiers du social méconnus ou peu attractifs

Dans le panorama des métiers du travail social se côtoient des métiers très connus ou attractifs, et d'autres qui le sont beaucoup moins. Ces derniers méritent qu'on s'y intéresse car ils sont nombreux (environ la moitié). Les métiers d'aide médico-psychologique, d'éducateur technique spécialisé, de technicien de l'intervention sociale et familiale, de conseiller en éducation sociale et familiale, d'assistant familial et de médiateur familial sont peu connus. Les métiers de l'aide à domicile ne bénéficient guère de représentations positives car ils restent très associés au grand âge. De ce fait, ils trouvent peu d'échos chez les jeunes.

L'enjeu de la lisibilité et des passerelles

Créer des passerelles entre les métiers, donner à voir les activités spécifiques aux caractéristiques des publics et les perspectives d'évolution de chaque métier, valoriser le contenu des métiers, pourrait apporter des réponses aux problèmes d'attractivité. Pour être efficace, la mise en œuvre de cette démarche nécessiterait la mobilisation des acteurs opérationnels de l'emploi et de la

formation du secteur social dont les branches professionnelles et les OPCA.

*** CONDITIONS DE TRAVAIL : les risques d'usure professionnelle.**

Un contexte qui durcit les conditions de travail

Trois types de facteurs contribuent à transformer les situations et les pratiques professionnelles reposant de plus en plus sur le travail en réseau et les équipes pluridisciplinaires :

- les changements de société comme l'installation du chômage ou l'éclatement des familles,
- l'accroissement des besoins liés à une augmentation de la pauvreté et des situations de précarité,
- les évolutions des politiques publiques d'action sociale.

Les métiers changent, certains se créent. Ainsi la travailleuse familiale devient le technicien de l'intervention sociale et familiale. Des activités, autrefois assumées par des aidants familiaux ou des femmes au foyer se professionnalisent et deviennent de véritables métiers (auxiliaire de vie, médiateur familial).

Les situations de travail se complexifient, les publics et les champs d'action des travailleurs sociaux s'élargissent et nécessitent des compétences plus pointues. Les métiers tendent à s'exercer en milieu ordinaire plutôt qu'en établissement. Parfois la finalité vise plus l'insertion et la gestion des situations d'urgence que l'éducation et la prévention. Le secteur s'oriente vers le développement de structures de petite taille plus à même d'apporter des réponses de proximité. Tout cela dans un contexte de pression budgétaire. Le secteur se voit ainsi contraint d'entrer dans une culture de la performance et de la productivité.

Les attentes des salariés et des employeurs

Les travailleurs sociaux sont en demande d'actions de soutien et d'appui à leur activité professionnelle (analyse de pratique, formation courte) plutôt que de nouvelles qualifications ou certifications. Les employeurs de leur côté sont en recherche de moyens pour financer leur politique de gestion des ressources humaines. Un risque de déqualification dans le secteur existe, à travers les pratiques de recrutement, induites par les contraintes budgétaires.

LE SECTEUR SANITAIRE

*** MOBILITÉ PROFESSIONNELLE : une réponse à l'usure et au manque d'attractivité ?**

La mobilité professionnelle, d'une manière générale, est peu présente dans le secteur. Lorsqu'elle est pratiquée, le plus souvent, elle est verticale.

Cela s'explique en partie par la structure des qualifications du secteur. La majorité des métiers étant de niveau III, la perspective d'évolution en termes de qualification serait de s'orienter vers une formation de niveau II. Celles-ci préparent davantage à des fonctions d'encadrement et de gestion qu'à une spécialisation (sauf pour le médiateur familial). Les besoins de spécialisation des professionnels du social ne manquent pas. Pour les travailleurs sociaux, titulaires d'un diplôme de niveau V, les possibilités d'accéder à une qualification supérieure sont limitées aux seuls métiers de technicien de l'intervention sociale et familiale ou moniteur éducateur. Ces personnels attendent beaucoup du processus de rénovation de la filière, entamé depuis 2002.

Le secteur comprend une forte part de seniors qui ne sont pas toujours dans une logique de mobilité et pour qui celle-ci représente des risques (non reprise d'ancienneté par exemple).

*** TYPES D'EMPLOYEURS : public, privé et professions libérales.**

Le secteur est marqué par une diversité d'employeurs. Les métiers du soin s'exercent pour la plupart en établissement hospitalier public ou privé. Les métiers de la rééducation se pratiquent surtout en profession libérale, même si les interventions au sein d'établissements sont de plus en plus fréquentes. Les métiers médico-techniques s'exercent le plus souvent en laboratoire spécialisé public ou privé. Les entreprises privées se développent pour les soins à domicile et le transport des urgences pré-hospitalières. Certains métiers, comme celui d'opticien lunetier ne se pratique pas au sein d'établissements hospitaliers. D'autres connaissent un nouvel essor comme celui de diététicien.

*** DÉMOGRAPHIE PROFESSIONNELLE : des métiers très féminisés, plutôt "seniors" .**

Comme pour le travail social, les métiers du secteur sanitaire sont fortement féminisés avec quelques exceptions pour ceux d'ambulancier, d'audioprothésiste, d'opticien lunetier et de masseur-kinésithérapeute.

Pour certains métiers la pyramide des âges est plutôt tirée vers les seniors (infirmier, sage-femme, préparateur en pharmacie hospitalière, masseur-kinésithérapeute) alors que d'autres accueillent une part importante de jeunes (ambulancier, ergothérapeute, opticien lunetier, auxiliaire de puériculture, pédicure podologue, orthoptiste et technicien d'analyses biomédicales).

*** STRUCTURE DES QUALIFICATIONS : l'importance des niveaux III.**

Le niveau III de qualification prédomine dans le secteur (douze métiers sur dix-huit). Les métiers de niveau II (sage-femme, cadre de santé, spécialisation d'infirmier) et de niveau V (aide-soignant et auxiliaire de puériculture) sont ceux qui accueillent le plus d'actifs. À noter l'absence de métiers de niveau IV. Cela génère de faibles perspectives d'évolution pour les professionnels de niveau V.



*** MARCHÉ DE L'EMPLOI :** un contexte général de manque de professionnels.

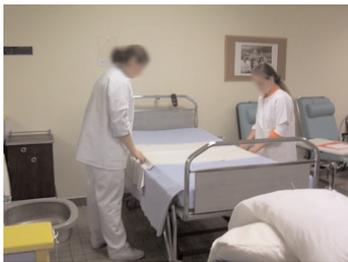
Le secteur connaît des difficultés de recrutement, notamment pour les sages-femmes et les infirmiers. Les besoins sont croissants. Une exception : les psychomotriciens ont, semble-t-il, du mal à trouver un emploi (100 demandeurs d'emploi pour 400 actifs). La densité de professionnels dans la région est forte. Seuls les ergothérapeutes et les psychomotriciens sont en densité plus faible qu'en moyenne nationale.

Des inégalités territoriales existent avec une concentration forte dans les grandes villes et sur le littoral au détriment des zones rurales.

*** ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS :** une grande diversité et un enjeu de régulation.

Une forte demande sociale d'accès à certains métiers

L'attractivité des métiers de la santé est forte et en croissance. Elle concerne surtout les métiers les plus emblématiques (infirmier, aide-soignant, ambulancier). Ce sont les conditions d'exercice qui vont ensuite être déterminantes dans le choix du lieu du travail (milieu hospitalier public ou privé, exercice libéral). Le secteur hospitalier a mis en place des politiques favorisant l'attractivité dans ses établissements : possibilité d'accéder aux corps de cadres de santé, de directeurs de soins.



Un déficit d'attractivité pour des métiers peu connus

Certains métiers sont peu attractifs. C'est surtout le cas pour les manipulateurs en électroradiologie médicale et les techniciens de laboratoire, ainsi que pour les métiers plus rares de la ré-éducation : audioprothésiste, orthoptiste, ergothérapeute. Ceci est renforcé par l'absence de formation en région (audioprothésiste, ergothérapeute).

Des métiers attractifs mais des freins financiers

Plusieurs professions du secteur s'exercent quasi exclusivement en libéral. Le coût de l'installation est élevé. Ce sont généralement les mêmes métiers pour lesquels les frais de scolarité sont importants (masseur-kinésithérapeute, pédicure podologue).

*** CONDITIONS DE TRAVAIL :** des évolutions permanentes.

Un maintien des risques d'usure professionnelle pour quelques métiers

Ayant pour objet les soins à la population, les conditions de travail sont parfois difficiles et contraignantes : travail de nuit, garde de fin de semaine, horaires décalés en soirée. À ces contraintes s'ajoutent les tensions nerveuses et les problèmes physiques liés aux transferts de charge. Ces conditions de travail engendrent des turn-over rapides au sein de certaines professions comme chez les aides-soignants ou chez les ambulanciers.

Une forte dépendance aux évolutions techniques et technologiques

L'évolution constante des équipements et matériels de santé exige le renforcement des connaissances en informatique, en recherche technique et paraclinique, en méthodologie.

La recherche permanente de la qualité

La lutte contre les infections nosocomiales nécessite le développement de compétences en hygiène pour l'ensemble du personnel soignant en établissement. La prise en compte de la douleur modifie les traitements. Le renforcement de la sécurité sanitaire induit le développement des procédures de traçabilité (qualité). Les tâches administratives augmentent.

Le développement de nouvelles pratiques

Les professionnels de santé sont intégrés à des réseaux de soins. Dans le cadre de la redéfinition des missions, des procédures de prise en charge des dépenses de maladie et des responsabilités entre médecins et professions paramédicales, le champ d'activité s'élargit et se complexifie. Le développement des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) modifient les conditions d'emploi et le développement de l'exercice hors établissement. Ceci met en évidence l'importance de la formation professionnelle continue dans ce secteur.

* **MOBILITÉ PROFESSIONNELLE** : changements de cadre de travail mais plus rarement de métier.

Au sein de la fonction publique hospitalière, de nouvelles perspectives de carrière apparaissent avec le développement des possibilités d'accès aux corps des cadres et directeurs de soins. Cela ne concerne que les niveaux III ou II. Les perspectives pour les niveaux V (aides-soignants) sont très restreintes de par l'absence d'un niveau IV. Quelques possibilités existent pour préparer le diplôme d'infirmier (20 % des places réservées aux aides-soignants dans les concours d'entrée aux Instituts de formation aux soins infirmiers - IFSI).

Les travaux en cours sur des possibilités de transferts de compétences entre personnels de santé (entre médecins et infirmiers par exemple) auront un impact important sur l'ensemble de la filière.

La forte réglementation qui encadre chaque métier ne favorise pas la mise en oeuvre de la validation des acquis de l'expérience (VAE). Quelques certifications renouvelées intègrent cette nouvelle voie. Ce sont surtout les faisant fonction qui sont visés à travers le développement de la VAE pour leur permettre d'acquérir les certifications d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture (infirmiers dans quelques mois).

La mobilité est souvent possible après une spécialisation. Par exemple, les formations en sciences humaines et en sciences sanitaires et sociales sont accessibles pour la plupart des diplômés des professions para-médicales. Certains métiers, pouvant s'exercer dans des secteurs autres que celui de la santé présentent des possibilités de mobilité : ergothérapeute, manipulateur en électroradiologie médicale, diététicien.

La rénovation des professions de santé, et des métiers para-médicaux en particulier, va demander dans les prochaines années un développement important des dispositifs de formation, initiale comme continue.

3 - PANORAMA DES FORMATIONS

VERS UNE PLUS GRANDE TRANSVERSALITÉ ?

* **Une relation emploi formation étroite mais avec des possibilités d'élargissement.**

Aujourd'hui, la filière *sanitaire et social* se caractérise par une relative adéquation entre une formation et un métier. Par exemple, le métier de masseur-kinésithérapeute ne peut s'exercer que si la certification est acquise et celle-ci ne permet d'exercer que ce seul métier. Cette logique de métier l'emporte sur une logique de compétences. En effet, dans d'autres filières, le raisonnement se fait plutôt par groupe : à un ensemble de formations correspond une famille de métiers. Dans ce cas, les compétences sont davantage au cœur de la relation et les questions de mobilité ou de transférabilité trouvent plus facilement des solutions. Beaucoup de métiers des secteurs de la santé et du travail social échappent à cette logique de transversalité.

Le rapprochement des certifications de niveau V des deux secteurs

La rénovation pédagogique des certifications (refonte des référentiels d'activité, de formation et de certification), réalisée dans le secteur social entre 2002 et 2006 et entamée depuis peu dans le secteur de la santé, devrait conduire progressivement à une plus grande transférabilité des savoirs. D'ores et déjà des regroupements peuvent être faits afin de raisonner le développement des formations sur les prochaines années. Le groupe des formations de niveau V en est un exemple. Des unités de formation peuvent être communes et des dispenses peuvent être octroyées pour les titulaires de l'un de ces diplômes qui voudraient se diriger vers un autre. Toutefois, il faudra probablement quelques années pour que ces pratiques se diffusent.

La perspective de la réforme LMD

Ce raisonnement par ensemble de formations visant des groupes de métiers n'est pas encore possible pour tous les niveaux. La réforme de l'enseignement supérieur avec les cursus Licence Master Doctorat (LMD) devrait créer des possibilités pour les niveaux III et II. Que ce soit dans le travail social comme dans la santé, ces passerelles avec l'enseignement supérieur peuvent être favorables aux jeunes "décrocheurs" de

LES NOUVELLES CERTIFICATIONS D'AIDE-SOIGNANT ET D'AUXILIAIRE DE PUÉRICULTURE POUR LA SANTÉ, D'AIDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE ET D'AUXILIAIRE DE VIE POUR LE TRAVAIL SOCIAL, PERMETTENT D'ÉTABLIR DES PREMIÈRES PASSERELLES.

l'université qui rencontrent de réelles difficultés d'insertion. Ainsi, les sortants en fin de première ou seconde année en sciences sociales pourraient plus facilement retourner sur des cycles de formation professionnalisés en vue d'obtenir une certification de niveau III dans le travail social. À l'opposé, ceci engendrerait chez les seniors "décrocheurs" de l'activité professionnelle, de nouvelles possibilités de spécialisation.

LES FORMATIONS AU TRAVAIL SOCIAL : DES FILIÈRES EN MUTATION

2 500 personnes sortent chaque année des formations préparant aux métiers du travail social. Les trois quarts de ces sortants sont issus des formations professionnelles directement visées par la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. La relation formation emploi dans ce secteur est encore très forte : la logique "un métier = une certification" devrait peu à peu s'estomper grâce aux rénovations en cours.

Les durées d'études dans la spécialité "travail social" (spécialité 332 de la nomenclature des spécialités de formation) varient de 9 mois (auxiliaire de vie sociale) à 3 années maximum (assistant de service social, éducateur spécialisé, par exemple). Elles visent des qualifications allant du niveau V (assistant familial, auxiliaire de vie sociale) au niveau I (diplôme d'état d'ingénierie sociale). La moitié des effectifs sont inscrits dans des formations qui visent des certifications délivrées par le ministère chargé des Affaires sociales, les autres relevant de l'Éducation nationale (47 %), du ministère du Travail et d'une branche professionnelle.

Ces formations couvrent tous les niveaux mais en termes d'effectifs le niveau V est le plus important (807). Ce niveau vise les métiers de l'aide à la personne. Le niveau III est également important (756 inscrits) et concerne, pour le plus grand nombre, les formations aux métiers de l'éducation. Le niveau IV essaye de se faire une place dans les métiers de l'aide sociale (technicien de l'intervention sociale et familiale) alors qu'il est bien implanté dans la filière éducative (moniteur-éducateur).

*** Les formations de la filière éducative : une très forte attractivité, de nouveaux besoins et une importante concentration géographique.**

Les certifications du secteur social sont en pleine mutation : réservées il y a quelques années aux seules personnes en situation d'emploi et suivant une formation, elles s'ouvrent aujourd'hui à la formation initiale sous statut scolaire, à l'apprentissage et à la validation des acquis de l'expérience.

La filière éducative regroupe quatre formations : moniteur-éducateur (niveau IV), éducateur technique spécialisé, éducateur de jeunes enfants et éducateur spécialisé (niveau III). Elle intègre également la certification d'aide médico-psychologique de niveau V. À part la certification de moniteur-éducateur qui relève conjointement de l'Éducation nationale et du ministère chargé des Affaires sociales, les trois autres sont délivrées par l'Éducation nationale. Elles ont fait l'objet d'une rénovation récente (2004-2005) qui ouvre plus largement l'accès à la certification.

Ce sont les formations de moniteur-éducateur et d'éducateur spécialisé qui regroupent le plus d'effectifs, ce qui est cohérent avec la part des actifs occupés sur ces métiers. Les quatre formations génèrent environ 700 personnes qualifiées par an pour un nombre d'actifs occupés d'environ 10 000. Les demandeurs d'emploi sont nombreux sur ces métiers (environ 1 400). Il convient de rester prudent sur les effectifs à former à très court terme. La pyramide des âges fait apparaître un vieillissement de la population active de ces métiers dont il faudra assurer le renouvellement à moyen terme (10 à 15 ans). Par ailleurs, les besoins de la population vont aller en augmentant. La formation d'éducateur de jeunes enfants est à raisonner avec celles visant le CAP petite enfance et le diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture, malgré l'écart de niveau (V pour le CAP et le DEAP, III pour l'éducateur de jeunes enfants). La demande sociale d'entrée en formation est particulièrement marquée pour les formations d'éducateur de jeunes enfants (14 candidats pour 1 place), de moniteur-éducateur (10 candidats pour 1 place) et d'éducateur spécialisé (8 candidats pour 1 place), la formation d'éducateur technique spécialisé est beaucoup moins demandée (1 candidat, 1 place).

Le cœur de la filière, qui regroupe les formations mentionnées dans le cadre de la loi du 13 août 2004, concerne 75 % des inscrits (1 800 personnes) de la spécialité "travail social".

Les formations sont géographiquement très concentrées sur Marseille, Ollioules et Nice. Cela rend difficile l'accès aux formations en particulier pour les jeunes sans solution de transport ou de logement.

*** Les formations de l'aide à domicile : l'enjeu de la professionnalisation.**

La formation au diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale est l'une de celles qui conduisent aux métiers de l'aide à domicile. Elle n'est pas la seule puisque l'on dénombre (en région) huit certifications différentes conduisant à ces métiers. La formation n'est pas obligatoire pour exercer le métier mais la possession de la certification améliore la rémunération, et surtout autorise le démarrage d'un parcours évolutif dans les qualifications. L'accès des jeunes à cette formation, premier palier de la filière, pourrait être aidé. Cela permettrait de raccrocher ceux qui sont en recherche d'activité. Le paradoxe réside dans le fait que les principaux viviers de recrutement (BEP carrières sanitaires et sociales, BEPA services aux personnes) sont de même niveau que la certification du DEAVS (niveau V) ce qui ne contribue pas à motiver les jeunes. Toutefois la possibilité donnée aux lycées professionnels de mettre en œuvre des cycles de formation devrait inverser cette tendance, à condition qu'elle soit associée à une véritable préparation des élèves dès le cursus de BEP.

Pour les adultes, la certification est également un tremplin pour accéder à un nouveau métier. Acquérir cette certification par la voie de la validation des acquis de l'expérience est un enjeu majeur pour structurer le secteur d'activité de l'aide à domicile et plus largement, des services à la personne. Les adultes ont, pour la plupart, une solide expérience avant de s'engager dans une démarche d'obtention de la certification. Pour eux, suivre une formation n'est pas toujours possible (éloignement de l'organisme de formation du domicile, moyens de transport en commun peu développés dans certaines zones). En revanche les demandeurs d'emploi n'ont pas souvent cette expérience et les formations restent pour eux une priorité.

*** Le service social : de nouveaux besoins.**

Le technicien de l'intervention sociale et familiale (niveau IV) s'inscrit dans le prolongement de la filière de l'aide à domicile, mais également en amont

des formations de niveau III qui visent les métiers traditionnels et en croissance du service social : assistant de service social et conseiller en économie sociale et familiale. La formation de technicien connaît une faible attractivité et de nombreux abandons en cours de scolarité. Les formations d'assistant de service social et de conseiller en économie sociale et familiale vont devoir se développer dans les prochaines années. La première, pour remplacer les départs à la retraite qui s'annoncent massifs d'ici 10 à 15 ans, la seconde, en réponse à des besoins croissants de conseil et d'appui aux familles.

De nouveaux parcours d'accès à la certification sont à imaginer pour faciliter l'insertion des jeunes "décrocheurs" de l'université. Les sortants des filières des sciences sociales avant l'obtention du niveau licence mais ayant déjà acquis de nombreux savoirs, pourraient ainsi être réorientés vers ces métiers.

*** Les formations de cadres : un accès sélectif.**

La sélection pour les formations supérieures ne repose pas seulement sur le niveau de qualification requis et le nombre de places ouvertes aux concours, elle exige aussi d'importants moyens financiers. Ces cycles de formation coûtent chers et il n'est pas toujours facile pour les petites structures de participer au financement, tout en devant laisser partir le salarié. Il existe un enjeu de développement de l'accès à ces formations car le nombre de structures augmente et les besoins sont réels. Pour y palier, les sortants des écoles de gestion sont recherchés, mais ils n'ont pas la culture du secteur social.

*** De nouvelles formations pour de nouveaux métiers.**

De nouvelles formations sont apparues dans le paysage du secteur social. L'une démarre cette année - assistant familial - et s'inscrit dans un système de professionnalisation des salariés déjà en exercice. Les départements vont avoir un rôle important dans ce processus de formation. L'autre, médiateur familial, conforte des pratiques existantes en termes de médiation et propose une certification, reconnue en tant que niveau II de ce type à ce jour.

LA FORMATION D'AIDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

L'AIDE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE FAIT PARTIE DE LA FILIÈRE ÉDUCATIVE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX. LA FORMATION A LA PARTICULARITÉ DE NE PAS "FAIRE LE PLEIN". LE MÉTIER, ET PAR VOIE DE CONSÉQUENCE LA FORMATION, SOUFFRE D'UN DÉFICIT IMPORTANT D'ATTRACTIVITÉ, DU MOINS DANS SON ANCIENNE FORMULE. LA RÉNOVATION SEMBLE ICI JOUER SON RÔLE : DE NOUVELLES INSCRIPTIONS APPARAÎSENT, EN PARTICULIER AVEC DES CONTRATS DE PROFESSIONNALISATION.



LES FORMATIONS PARAMÉDICALES ET DE SAGES-FEMMES : UNE GESTION À FLUX TENDU

Environ 7 000 personnes terminent chaque année, en PACA, un cycle de formation conduisant à un métier dans ce secteur. À l'inverse d'autres filières dans lesquelles les niveaux de qualification s'acquièrent par paliers successifs (niveau V, puis niveau IV, puis niveau III), la plupart de ces personnes se portent directement sur le marché du travail à l'issue de leur formation. La relation formation emploi dans le secteur de la santé est très forte : une formation prépare directement à un métier.

Les durées d'études dans la spécialité "santé" (spécialité 331 de la nomenclature des spécialités de formation) varient de 10 mois (aide-soignant, auxiliaire de puériculture) à près de 4 années (orthophoniste). Elles visent des qualifications allant du niveau V (aide-soignant, auxiliaire de puériculture) au niveau II (sage-femme, cadre de santé). Si le cœur de la filière est

constitué des formations préparant à des certifications délivrées par le ministère de la Santé (62 %), les autres relèvent de la compétence de l'Éducation nationale (certificat d'aptitude, BTS, DUT - 28 %) et certaines des chambres des métiers (brevet technique des métiers - 10 %).

Ces formations sont essentiellement de niveau III, même si la durée des études après l'obtention du baccalauréat est le plus souvent de trois années et non de deux. Dans ce panorama de dix-huit métiers, aucun ne relève du niveau IV de qualification.

*** Auxiliaire de puériculture et aide-soignant : deux formations de niveau V s'appuyant sur une offre de formation de proximité.**

Les formations de niveau V sont celles qui regroupent le plus de personnes avec près de 2 000 inscrits dans l'année du diplôme. Le nombre d'emplois dans ces métiers est estimé, aujourd'hui en PACA, à environ 38 000. Ce sont également les formations pour lesquelles l'offre est géographiquement la plus diffuse (trente cinq organismes de formation pour les aides-soignants). Le partenariat entre l'Éducation nationale et le ministère chargé de la Santé permet d'ouvrir des

sections d'aides-soignants et d'auxiliaires de puériculture en lycées professionnels. Ces deux formations sont pourtant celles où l'âge moyen est le plus élevé (31 ans pour les aides-soignants, 27 pour les auxiliaires de puériculture). En développant l'ouverture de ces sections dans les lycées professionnels, le vivier de recrutement s'élargit, en particulier aux sortants des filières BEP carrières sanitaires et sociales (environ 1 700 sorties par an) et du CAP petite enfance (environ 400 sorties par an). Les besoins sur ces métiers ne vont aller qu'en s'accroissant (plan grand âge, plan petite enfance, schéma régional d'organisation sanitaire...). Ces formations peuvent permettre l'accès à un emploi pour les jeunes en poursuite de formation initiale, pour des adultes en entrée plus tardive sur le marché du travail, pour des plus âgés en reconversion. Le développement de

l'accès à la certification par la validation des acquis de l'expérience se justifie pleinement. Il permettrait également de dépasser le problème de la limitation des formations imposée par des capacités d'accueil restreintes en formation.

Le cœur de la filière qui regroupe les formations visant les 18 métiers dont il est fait mention dans la loi du 13 août 2004 concerne près de 70 % des inscrits (5 000 personnes) dans la spécialité "santé".

*** La formation d'infirmier : un équilibre à trouver entre demande et offre.**

Seule formation réservant un quota de places à l'entrée en formation aux aides-soignants (20 %), seule formation pouvant se poursuivre par des spécialités (infirmier anesthésiste, de bloc opératoire ou de puériculture), la formation d'infirmier se trouve au cœur d'une suite de formations où la progression en termes de niveau de qualification est possible. Il est, par contre particulièrement difficile d'y rentrer, et les conditions d'accès sont inégales sur l'ensemble du territoire : inégalités territoriales (vingt trois établissements mais très concentrés dans les grandes agglomérations, intégrés dans les centres hospitaliers les plus importants), inégalités financières (formations payantes ou non). Les concours d'entrée ne sont pas communs à toutes les écoles. Il semble se dégager deux groupes de publics : un premier qui est dans une logique de poursuite de formation initiale, dans la continuité de la classe terminale des lycées en se dirigeant vers des études supérieures courtes (20 %). Il convient d'ajouter à ce groupe ceux et celles qui ont "attendu" avant de réussir le concours (30 %).

Un second groupe concerne plus des personnes déjà entrées dans la vie active, en promotion sociale ou en reconversion (35 % environ).

Avec la formation d'infirmier apparaît un enjeu d'équilibre à trouver entre une demande forte et croissante à laquelle l'appareil de formation a partiellement répondu par une hausse importante des quotas entre 2002 et 2004, à la fois d'emplois salariés et d'exercice en libéral. Mais quelle que soit la forme de l'exercice du métier, la formation passe par les structures d'accueil hospitalières. Celles-ci ne sont pas facilement extensibles. L'élargissement des terrains d'accueil serait à envisager de façon expérimentale, dans des cabinets d'infirmiers libéraux par exemple.

*** Masseur-kinésithérapeute et sage-femme : le passage obligé par la première année de médecine perturbe les règles de la motivation.**

Ces deux formations ont vu leurs quotas augmenter de manière significative ces dernières années (de 32 à 68 pour les sages-femmes, de 95 à 160 pour les masseurs-kinésithérapeutes). Elles ne souffrent pas de déficit d'attractivité dans la mesure où c'est le rang obtenu à l'issue de la première année de médecine qui conditionne l'entrée définitive dans la formation (même si pour les masseurs-kinésithérapeutes des modules de formation spécifiques sont à suivre). Les besoins en professionnels sont importants et la demande est forte. Mais cette demande est à raisonner en fonction des conditions d'exercice du métier : l'emploi salarié et l'exercice en libéral sont souvent concurrents, à cause des écarts de rémunération. Par ailleurs, bon nombre de jeunes attirés par ces métiers ne parviennent pas à y accéder et se rabattent sur les formations d'infirmier.

*** Des formations rares (ou non présentes en région), à petits effectifs, qui cherchent leur place parce que le métier la cherche aussi.**

Les formations visant les métiers de pédicure podologue (30 inscrits en première année), d'orthophoniste (69), d'orthoptiste (14), d'ergothérapeute (0), de psychomotricien (0), d'audioprothésiste (0) apparaissent marginales dans l'ensemble. Toutes de niveau III, elles ont la particularité de viser un seul et unique métier. Elles sont, pour cela, les plus représentatives d'une des spécificités de la relation emploi formation dans le secteur de la santé : la relative adéquation. Les

certifications sont "anciennes" et de ce fait, ne sont accessibles que par les voies de formation initiale.

Ces formations cherchent leur place dans le système Licence Master Doctorat (LMD), la plupart d'entre elles étant rattachées à des laboratoires universitaires. D'ailleurs les métiers connaissent un regain d'intérêt. Ils sont le plus souvent exercés dans le cadre d'équipes pluridisciplinaires. Les actes sont conditionnés par les prescriptions des médecins spécialistes, eux-mêmes en situation "tendue".

Le schéma régional d'organisation sanitaire met en avant le manque d'ergothérapeutes dans les équipes hospitalières. Cette formation n'existe pas en région, ce qui ne signifie pas qu'il n'y a pas d'enjeu. La formation visant le métier de préparateur en pharmacie hospitalière est également très peu développée (25 inscrits), mais elle ne rentre pas dans cette logique. Récemment rénovée et enregistrée au répertoire national de la certification professionnelle (RNCP), elle va probablement connaître un développement durant les toutes prochaines années. Son accès par l'apprentissage, uniquement après avoir obtenu le BP de préparateur en pharmacie, en fait une formation à part dans le panorama.



*** Des formations différentes peuvent conduire au même métier.**

Un ensemble de formations échappe à la relation très serrée entre l'emploi et la formation. Ce sont celles qui visent les métiers de manipulateur en électroradiologie médicale, technicien de laboratoire de biologie médicale, diététicien. Plusieurs formations permettent d'accéder à un même métier, ce sont le plus souvent (cinq sur six) des certifications de l'Éducation nationale. Cela les rend plurivalentes c'est-à-dire que d'autres secteurs d'activité que la santé peuvent mobiliser ces compétences. Les capacités d'accueil de ces formations méritent d'être raisonnées de façon plus large, en tenant compte des besoins des autres secteurs.

*** Les autres formations.**

La formation visant le métier d'opticien lunetier a la particularité de se développer grâce aux contrats de professionnalisation. Cette formation s'inscrit dans le prolongement d'autres formations en optique



lunetterie positionnées dans la filière commerce. La formation d'ambulancier, renouvelée en 2006, s'ouvre à la formation initiale, en particulier par alternance. Actuellement elle vise plutôt une reconversion. Elle se rapproche du secteur des transports.

La formation de cadre de santé revêt un intérêt majeur car elle détermine le niveau d'encadrement possible dans les structures hospitalières et de formation (management d'une unité de soins ou enseignement et formation en institut de formation). Elle s'inscrit plus dans une logique de deuxième partie de carrière mais elle pourrait être accessible dans un cursus de formation initiale.

PREMIERS ENJEUX

*** L'accès du plus grand nombre à une première certification professionnelle.**

Cet objectif du service public régional de formation permanente et d'apprentissage appliqué aux certifications du secteur sanitaire et social, conduit à raisonner globalement l'accès aux quatre métiers qui forment le socle de la filière : aide-soignant et auxiliaire de puériculture, auxiliaire de vie sociale / aide à domicile et aide médico-psychologique.

De niveau V, ces métiers constituent le volume d'actifs occupés le plus nombreux et pour lequel le turn-over est important. Les effectifs de formés sont également les plus nombreux. Les cycles de formation sont d'une durée maximale d'un an. Le public qui les fréquente est constitué tout autant d'adultes en reconversion ou en phase de professionnalisation, que de jeunes en prolongement de parcours initial. Pour ces derniers, le plus souvent issus des BEP carrières sanitaires et sociales, il est paradoxal de poursuivre un parcours de niveau V par un autre de même niveau. Cependant avec leur seul BEP ils n'accéderaient pas à l'emploi.

Toutes les voies d'accès aux certifications sont mobilisables : validation des acquis de l'expérience, contrats de professionnalisation, voies scolaires et apprentissage, formation professionnelle pour les demandeurs d'emploi. La demande sociale pour entrer en formation est forte. Autant d'éléments favorables au développement de ces métiers. C'est d'ailleurs essentiellement sur eux que reposent les besoins, nouveaux et croissants de la population, en soins comme en services d'aide à domicile.

Les organismes de formation sont nombreux et le maillage territorial est important mais les capacités d'accueil ne suffiront pas à assurer les besoins en qualification. La validation des acquis de l'expérience (VAE) est une voie à développer pour tous les publics adultes. L'insuffisance de moyens rend celle-ci encore peu accessible à ceux qui en ont le plus besoin. La demande sociale de VAE dépasse très largement les possibilités d'instruction par les services et de délibération par les jurys. Comme ailleurs, la VAE reste une voie d'accès aux certifications méconnue des candidats potentiels.

Des efforts de communication restent à développer pour valoriser le métier d'aide médico-psychologique, mal connu et pour lequel la filière de formation est très peu attractive. L'accès possible aujourd'hui par contrat de professionnalisation semble lui être favorable. La formation d'ambulancier peut également rentrer dans cette catégorie permettant l'accès rapide à l'emploi. Elle a fait l'objet d'une rénovation pédagogique en 2006 et s'ouvre à la formation initiale. Elle restera cependant une voie privilégiée pour adultes en processus de reconversion. Elle concerne environ 300 personnes par an en région, sans exigence quant au niveau scolaire général.

*** L'élévation du niveau de qualification.**

La relation très particulière entre la certification et l'exercice du métier ne favorise pas, a priori, le changement de niveau de qualification. Pour y parvenir, dans la plupart des cas, il faut changer de métier. Élever son niveau est d'autant plus difficile que le niveau IV est quasi inexistant dans l'offre de formation à l'exception de celle de technicien de l'intervention sociale et familiale et de moniteur-éducateur. Pour contourner cette difficulté, des solutions sont mises en place, basées sur une tradition de valorisation de l'expérience professionnelle.

Un moyen d'encourager l'élévation du niveau de qualification est d'empêcher la sortie du système scolaire à l'issue du BEP carrières sanitaires et sociales. Absent pendant longtemps de l'offre de formation, le baccalauréat professionnel dans les spécialités des services à la personne commence à se développer : services de proximité et vie sociale, services en milieu rural. Le baccalauréat technologique sciences médico-sociales vient

également de bénéficier d'une rénovation et devient le baccalauréat technologique des sciences et technologies de la santé et du social.

Les scolaires qui le souhaitent devraient pouvoir se diriger vers le niveau IV au sein de leurs établissements. Pour les adultes, les passerelles entre métiers en utilisant les acquis de l'expérience pourraient être formalisées. Le passage d'une culture de la valorisation du passé professionnel à une pratique de la validation des acquis de l'expérience reste une démarche peu aisée dans le cadre de professions réglementées, nécessitant un véritable appui méthodologique et des ressources. Si cette évolution répond à une logique d'élévation des niveaux de qualification, sa mise en œuvre peut s'avérer délicate dans certaines structures en termes de gestion des ressources humaines et de rémunération.

* Une place majeure pour la pratique.

L'une des caractéristiques essentielles des formations sanitaires et sociales est l'intégration, au sein de chacune d'entre elles, d'une durée importante réservée à la pratique. Toutes les formations de niveau III, devraient théoriquement, comparées aux autres filières, se dérouler sur deux années après le bac. Or leur durée moyenne est de trois années. Les stages sont nombreux. Ils demandent des structures d'accueil et du personnel d'encadrement. Cela ne va pas sans poser des difficultés car ces structures ne sont pas extensibles et le personnel d'encadrement doit obtenir les qualifications nécessaires (formation de cadre de santé par exemple) pour assurer le tutorat. Le développement de l'emploi, en particulier dans le secteur de la santé, ne se fait pas seulement au sein des établissements publics et privés, mais également en exercice libéral.

Face au développement des emplois de proximité, ne serait-il pas possible d'associer davantage les professions libérales dans les processus d'accompagnement des formés ? Des expérimentations pourraient être encouragées et se développer en ce sens. Dans les secteurs du travail social et de la santé où les phénomènes d'usure sont très marqués, la culture de l'accompagnement pourrait être mise à profit en proposant aux seniors de consacrer une partie de leur temps au parrainage des plus jeunes. Cette place importante de la pratique a un coût

élevé. Tous les moyens de financement disponibles devraient être mobilisés pour assurer le financement des frais de scolarité et la rémunération des formés les plus en difficulté. De nouvelles formes de contractualisation entre employeurs et salariés seraient à encourager comme le financement de la formation et de la rémunération contre un engagement de servir l'employeur pendant quelques années, dispositif encore peu développé aujourd'hui.

* Les inégalités d'accès.

L'appareil de formation dans son ensemble est confronté à des difficultés de type matériel. Problèmes de locaux vétustes ou exigus, équipements coûteux, autant de difficultés souvent mentionnées par les établissements comme un frein à l'accueil des jeunes.

Certaines formations sont géographiquement très concentrées sur les pôles urbains de Marseille, Nice et Toulon (formations du travail social surtout). Sans que celles-ci soient disséminées sur l'ensemble du territoire, les jeunes devraient pouvoir y accéder plus facilement. Les inégalités d'accès pourraient s'estomper en permettant, par exemple, aux jeunes des Hautes-Alpes (où l'emploi se développe) d'aller suivre leur formation ailleurs et de revenir ensuite. Il s'agirait plus d'agir sur la complémentarité des dispositifs et les équilibres de territoire.

Ce n'est pas tant le développement de l'appareil de formation qui est au cœur de cette réflexion mais les politiques d'aide à l'accès aux formations (bourses, prises en charge des frais de scolarité, prises en charge de la rémunération, aides à l'hébergement et au transport, que ce soit pour les adultes en situation d'emploi comme pour les jeunes en parcours initial).

Le développement des formations de niveau V au sein des lycées professionnels renforce le maillage territorial et ouvre des voies d'accès aux certifications (formation initiale sous statut scolaire) pour un nouveau public (jeunes scolaires, sans passage obligé par une situation d'emploi). L'apprentissage est également mentionné comme un outil intéressant, des expérimentations de formation d'éducateurs en sont la preuve. Cette modalité conjugue l'objectif de formation avec celui de maintien dans l'emploi des seniors puisque bon nombre d'entre eux souhaiterait pouvoir développer des échanges de pratique et le tutorat.





* *La ré-insertion professionnelle.*

Les jeunes des quartiers sensibles, les travailleurs handicapés, les bénéficiaires du RMI, sont autant de populations pour lesquelles un emploi qualifié dans le secteur peut être un moyen de réinsertion. Ces publics se dirigent déjà vers les formations et les emplois d'animateurs (hors champ de l'étude), plus faciles d'accès. Ils assurent parfois des missions d'éducateur, mais ils sont largement exposés à des conditions d'emploi précaires ainsi qu'au chômage bien que rarement de longue durée.

L'engagement de ces jeunes vers l'animation, mérite d'être considéré comme une première marche vers les métiers de l'aide sociale. Les acteurs de la politique de la ville peuvent être

associés à cette réflexion et sous cet angle, les certifications de l'animation pourraient être prises en compte dans les travaux préparatoires aux schémas.

Un important effort de professionnalisation des assistants familiaux se met en place. Il vise à permettre à ceux et celles qui accueillent des enfants à leur domicile d'acquérir une première certification de niveau V. Celle-ci peut réellement devenir un moyen de ré-insertion dans un parcours professionnel. La place qu'occupe les Conseils généraux dans l'aide sociale est ici un élément très important.

* **Un développement raisonné de la filière de formation**

La région est attractive. Non seulement elle attire des personnes désireuses de vivre leur retraite dans la région, mais aussi des salariés venant avec leur famille. Ces nouvelles populations vont recourir à l'ensemble des services sanitaires et sociaux. La région est également attractive pour les professionnels de santé et du travail social formés dans d'autres régions, y compris de la communauté européenne. Le marché du travail leur est très ouvert. Cela comble en partie les déficits constatés sur certains métiers mais ne contribuent pas aux objectifs d'accès et de stabilisation dans l'emploi des populations locales. Pourtant la demande sociale est très forte, mais elle est soumise à deux freins majeurs : d'une part, les quotas de formation dont la logique d'élaboration (à l'échelon national) reste éloignée des problématiques régionales, et d'autre part, la non-solvabilité de nombreux emplois de services qui s'adressent à des personnes à faibles revenus.

Une autre particularité de cette filière est la forte mixité des publics en formation : adultes en reconversion professionnelle ou en promotion sociale, et jeunes en prolongation de scolarité initiale. Cette spécificité implique des règles de gestion particulières dont celle de l'égalité de traitement, difficile à mettre en œuvre dans le contexte actuel des financements de la formation. Il s'avère que de nombreux déséquilibres apparaissent en fonction du statut du formé car certaines formations sont payantes alors que d'autres sont gratuites.

Le développement raisonné de la filière de formation passe par une mutualisation des moyens en fonction des objectifs prioritaires de chaque acteur, y compris au niveau national. Les droits à compensation sont une première réponse. Mais les difficultés grandissantes des organismes de formation, tant en investissement qu'en fonctionnement, doivent faire partie de la réflexion globale du développement de la filière. Les étapes précédentes de la décentralisation (1983 en particulier) dans le domaine de la formation (apprentissage et lycées par exemple) ont montré que la réussite d'une telle opération passe par une approche globale, les différentes composantes des dispositifs étant étroitement mêlées, associée à une gestion de proximité.

Synthèse des travaux réalisés par l'ORM, de juillet à décembre 2006, en partenariat avec la direction régionale de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), le dispositif régional de l'observation sociale (DROS), l'observatoire régional de la santé (ORS), la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (Drass), la direction de la formation et de l'apprentissage (DFA) et la direction de l'emploi et de la solidarité (DES) du Conseil régional Provence - Alpes - Côte d'Azur, avec l'appui technique de CONTINGENCES.

Pour en savoir plus : <http://www.saso-orm-paca.org>

Attention, cet espace de travail collaboratif n'est accessible qu'avec un nom d'utilisateur et un mot de passe qui vous sera adressé par mail sur simple demande à l'adresse suivante : info@saso-orm-paca.org