

Édito

L'élaboration du Schéma régional des formations, dévolue aux Régions dans le cadre des lois de décentralisation, a été initiée en Basse-Normandie dès 2004, à travers une vaste concertation auprès de l'ensemble des acteurs de la communauté éducative, de la formation, de l'insertion et de l'emploi. Ce processus de démocratie participative intitulé « Voix Publiques : Formation Professionnelle » a rencontré un vif succès et a permis de déboucher, début 2006, sur l'adoption du Plan Régional de Développement des Formations Professionnelles (PRDFP) dont les orientations ont fait l'objet d'un large consensus.

Dans le même temps, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a transféré aux Régions des responsabilités nouvelles en matière de formations sanitaires et sociales : financement de la formation, aides individuelles aux élèves et étudiants, définition de la politique de formation des travailleurs sociaux, agrément ou autorisation des établissements... mais aussi élaboration d'un schéma spécifique intégré au PRDFP : **le Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales**.

C'est donc au regard de cette nouvelle responsabilité, que la Région Basse-Normandie a lancé un second cycle de concertation « Voix Publiques – Formation Professionnelle ». À partir d'un état des lieux de l'emploi et de la formation dans le secteur sanitaire et social, mis en débat lors de réunions territorialisées, par des rencontres avec les Conseils généraux, les services de l'État, les branches professionnelles..., par la saisine du Conseil Économique et Social Régional ou encore via l'Internet, chacun a pu apporter son avis, son expertise, faire partager ses projets, exprimer sa vision et ses besoins.

Avec plus de 60.000 professionnels en Basse-Normandie, soit près de 13% de la population active régionale, le secteur sanitaire et social représente un enjeu majeur tant au niveau économique qu'au plan humain. Le vieillissement annoncé de la population bas-normande entraîne une demande croissante de soins et d'accompagnement social dans les années à venir. Je sais que tous les professionnels ont conscience de cet enjeu dont les conséquences sur l'exercice de leur mission sont immédiates, et je souhaite que la Région puisse les aider à relever les défis d'avenir.

Le Schéma régional des formations sanitaires et sociales sera donc le fil conducteur de la démarche qui sera la nôtre pour répondre à ces enjeux durant les trois années à venir :

- faire de ce schéma le levier d'une politique régionale lisible et cohérente ;
- mettre en place une fonction d'observation au niveau régional ;
- poursuivre le dialogue et structurer à cette occasion un partenariat en continu avec les acteurs du secteur sanitaire, social et médico-social (acteurs institutionnels, partenaires sociaux, réseaux d'organismes de formation...);
- fonder sa mise en œuvre sur les préoccupations ou principes suivants :
 - le niveau de qualité des services offerts à la population régionale,
 - l'égalité d'accès aux formations,
 - la mise en œuvre de la validation des acquis de l'expérience,
 - la reconnaissance des diplômes,
 - la prise en compte des spécificités territoriales.

C'est dans cet esprit que la première mesure soumise à l'Assemblée plénière régionale a concerné la mise en œuvre, dès la rentrée 2007-2008, de la gratuité des formations d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et d'ambulancier dont les droits d'inscription, souvent élevés, constituaient jusqu'alors une véritable source d'inégalité. Cette mesure concernera près de 500 personnes chaque année. Cet effort traduit les valeurs qui gouvernent les politiques régionales depuis 2004 en matière d'éducation et de formation : l'épanouissement individuel, la solidarité et l'égalité pour que chacun ait accès aux mêmes droits.

Ce sont ces valeurs qui ont guidé l'ensemble des travaux préparatoires à ce Schéma et que vous retrouverez tout au long de ces pages rassemblant diagnostic, analyses et orientations.

Je forme le vœu qu'il serve à bâtir nos coopérations futures en matière de formations sanitaires et sociales.

Philippe DURON,
Président de la Région Basse-Normandie

Sommaire

Partie I

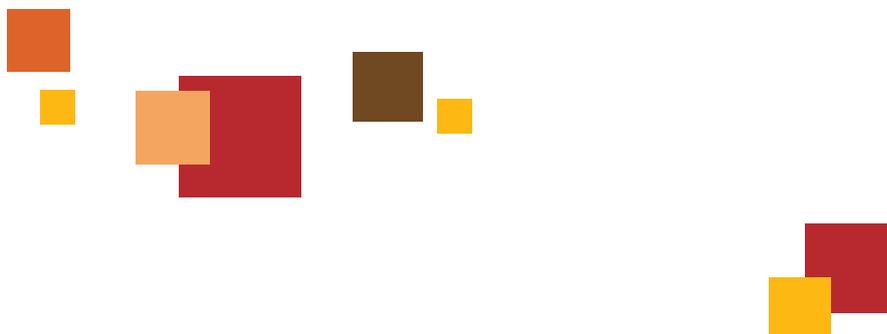
Les filières sanitaires et sociales dans le cadre des orientations du PRDFP	5
A. Les orientations générales du PRDFP	6
B. Les filières sanitaires et sociales dans le cadre du PRDFP	7

Partie II

Le contexte actuel du secteur sanitaire et social en Basse-Normandie	9
A. Le vieillissement de la population et le développement des services à la personne	10
1. Le vieillissement de la population en Basse-Normandie	10
2. Le développement des services à la personne en Basse-Normandie	11
3. Les besoins dans les métiers de la petite enfance	12
B. Éléments de contexte sur la santé et l'organisation sanitaire en Basse-Normandie	13
1. L'état sanitaire et médico-social de la Basse-Normandie	13
1.1. L'état sanitaire et médico-social de la Basse-Normandie	13
1.2. La démographie médicale en Basse-Normandie	14
1.3. L'action de la Région en faveur des territoires ruraux	15
2. Le SROS et le Plan Hôpital 2007	16
et les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale	20

Partie III

Analyse de l'offre de formation et éléments de prospective	18
A. Analyse de l'offre de formation sanitaire et sociale en Basse-Normandie	19
1. Les formations sanitaires et sociales initiales transférées à la Région	20
2. Les formations sanitaires et sociales initiales au sein du PRDFP	20
3. La formation professionnelle continue en faveur des demandeurs d'emploi	22
B. Analyse de la demande de formation	24
C. Approche emploi-formation des professions sanitaires et sociales	25
1. Les professions sanitaires	25
2. Les professions sociales	32
3. Données sur l'emploi et perspectives d'évolution dans le secteur sanitaire et social en Basse-Normandie	36
3.1. Contexte global	36
3.1.1. Le secteur de la santé	36
3.1.2. Les secteurs des services sociaux et de proximité	37
3.2. Quelques données de projection	37



Partie IV

Les orientations du Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales	41
1. La mise en place d'une fonction d'observation, au niveau régional	42
2. L'attractivité des métiers et l'orientation professionnelle	43
3. La régulation des flux et de l'offre de formation sanitaire et sociale	44
4. La répartition territoriale des formations sanitaires et sociales	46
5. L'inscription au PRDFP des formations sanitaires et sociales	47
6. L'accès aux formations	48
7. Le principe d'équité et d'égalité	49
8. Les partenariats	50
9. La concertation régionale et territoriale	51
10. Les modalités d'évaluation	52

Annexes

1. La loi du 13 août 2004 : la décentralisation des formations sanitaires et sociales	55
2. Le partage de compétences visé par la Loi du 13 août 2004	58
3. Le partage de compétences dans le domaine sanitaire	59
4. Le partage de compétences dans le domaine social	60
5. Le développement des services à la personne	63
6. Le plan petite enfance	64
7. Les diplômes du Ministère de la Jeunesse et des Sports et de la Vie Associative	66
8. Les partenaires publics, associatifs et privés du secteur sanitaire et social	67
9. Cartographies de l'offre de formations sanitaires et sociales en Basse-Normandie	70
10. La Validation des Acquis de l'Expérience (VAE)	75
11. Synthèses des réunions « Voix Publiques : Formation Professionnelle - sanitaires et sociales »	76
12. Contributions des acteurs et des partenaires du secteur sanitaire et social	88



La Loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a transféré aux Régions la responsabilité d'organiser et de financer les formations sanitaires et sociales.

Les compétences transférées sont de trois natures :

- l'agrément et l'autorisation pour la création de nouvelles écoles de formation sanitaires et sociales,
- le financement du fonctionnement des établissements agréés, et selon le statut des établissements, le financement des investissements,
- l'attribution de bourses aux élèves et étudiants inscrits dans les instituts et écoles de formation.

Le schéma régional des formations sanitaires et sociales doit créer les conditions d'analyse de la relation emploi-formation afin d'anticiper les besoins en recrutement et en qualification. Les éléments de prospective s'appuient sur la connaissance des facteurs influençant le marché du travail d'une part (les départs à la retraite, les tensions territoriales, les niveaux de formation, les hypothèses de croissance...), et des facteurs satisfaisant ces besoins d'autre part (sorties du système éducatif, accès par la voie de la formation professionnelle continue, reprise d'activité par les femmes...).

Cette approche prospective formation-emploi, qui pose la question des données disponibles, doit être concertée et partagée afin de favoriser la mise en place d'un partenariat efficace et réactif entre les acteurs concernés.

Avec près de 60.000 professionnels en Basse-Normandie, le secteur sanitaire et social a connu un fort développement en Basse-Normandie. Il représente ainsi près de 13% de l'emploi régional. Cependant, il s'agit d'un mouvement global qui s'observe également au niveau national. En effet, si l'on considère les principaux indicateurs de l'évolution de l'emploi, on observe un certain dynamisme du secteur sanitaire et social ces dernières années. Si à la fin de l'année 2006, les effectifs des professionnels du sanitaire et du social s'élevaient à près de 1.250.000 personnes (c'est plus de 2.000.000 si l'on prend en compte les secteurs de l'animation et de l'action culturelle et sportive), l'emploi n'a cessé de se développer fortement (en moyenne +7% par trimestre).

Le rapport entre les personnes à la recherche d'un emploi et celles ayant un emploi dans ce secteur est relativement faible (il est de 6.7% alors qu'il se situe à plus de 11% pour l'ensemble des secteurs). Enfin, à l'horizon 2015, l'emploi dans le secteur de la santé et de l'action sociale se situera (au niveau national) à près de 2.340.000 personnes. Selon les mêmes estimations, le nombre de postes à pourvoir d'ici à 2015 sera de 746.000 dont 304.000 en créations nettes et 442.000 en remplacement des départs à la retraite.

¹ Études DARES : « L'emploi salarié au troisième trimestre 2006 » Déc. 2006 (Note : le champ de l'étude porte sur l'ensemble des secteurs principalement marchands et des entreprises et associations privées des secteurs principalement non marchands)

² Données DARES issues de « Emploi et chômage en 2003 et 2004 selon 22 domaines professionnels et 86 familles professionnelles » (À noter que ce rapport n'est pas le taux de chômage bien qu'il donne une indication sur la situation du chômage dans le secteur)

³ DARES : « Les métiers en 2015 : impact du départ des générations du baby-boom » - Décembre 2005



Les filières sanitaires et sociales dans le cadre des orientations du PRDFP

▶ ▶ ▶ LES FILIÈRES SANITAIRES ET SOCIALES
DANS LE CADRE DES ORIENTATIONS DU PRDFP

« Le secteur sanitaire et social se consacre aux personnes malades, aux plus âgés, aux enfants et adultes en situation de handicap et/ou de difficulté sociale, mais aussi aux familles par l'aide au maintien à domicile ou la garde d'enfants ».⁴

Les formations sanitaires et sociales, désormais prises en charge par la Région, s'inscrivent dans les orientations du PRDFP adopté le 3 février 2006, sous forme d'un schéma spécifique. L'exercice des nouvelles compétences par la Région se fait de manière à la fois partagée et concertée avec les partenaires institutionnels, notamment l'État qui garde des prérogatives essentielles dont la fixation des quotas d'entrée dans les formations sanitaires, la détermination des programmes de formation, l'organisation des études et les modalités d'évaluation des candidats et de délivrance des diplômes.

Il faut préciser que pour certaines formations sanitaires, les capacités d'accueil sont soumises à quotas. Dans ce cas, la compétence de la Région se limite à répartir le quota de places fixé par l'État.

A. Les orientations générales du PRDFP

Trois enjeux majeurs :

- le pari de l'ambition dont l'objectif essentiel est de favoriser l'élévation du niveau général de formation des jeunes en région et de réduire de manière significative les sorties sans qualification du système éducatif,
- une approche démocratique de l'analyse des besoins dans un cadre territorial dont l'objectif est d'installer de manière durable un débat démocratique autour de la formation,
- le respect du principe du droit à l'éducation et à la formation tout au long de la vie dont l'objectif est de favoriser l'égalité d'accès à la formation et de mettre en œuvre les conditions d'une plus grande autonomie des individus dans l'élaboration de leur parcours de formation.

Compte tenu de ces enjeux, la Région a créé les conditions de leur mise en œuvre avec comme priorités d'actions :

- le renforcement des partenariats avec les branches professionnelles et les partenaires sociaux,

- le pilotage et l'accompagnement de l'animation régionale et territoriale du PRDFP, particulièrement sur le volet « offre de formation initiale »,
- la signature d'un contrat d'objectifs et de moyens sur le développement maîtrisé de l'apprentissage,
- la mise en place d'une procédure d'inscription et d'instruction unique aux deux voies de formation initiale et l'harmonisation des calendriers de prise de décision en concertation avec les services de l'État,
- le lancement d'expérimentations territoriales sur les sorties sans qualification,
- la mise en place d'indicateurs de pilotage et de suivi du PRDFP,
- la coordination des activités d'information sur les métiers et d'orientation professionnelle et l'impulsion d'actions nouvelles en direction des jeunes, des adultes, des familles et des professionnels,
- la création d'une plate forme collaborative en direction des acteurs de la formation, dans la continuité des « Voix Publiques, Formation Professionnelle ».

⁴ Définition du Rapport Pinaud « Le recrutement, la formation et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social » - CES 2004.

B. Les filières sanitaires et sociales dans le cadre du PRDFP

La Région peut s'appuyer sur le Schéma Régional des Formations Sociales 2003-2006 élaboré par la DRASS et l'étude du CESR sur les « perspectives et besoins de formation dans le secteur des services en Basse-Normandie » réalisée en 2005 dont le PRDFP rappelle les grands objectifs.

Le Schéma Régional ne constate aucune tension de recrutement majeure, observe un taux important de « faisant-fonction » et souligne toutefois certains ajustements nécessaires :

- pour les éducateurs spécialisés, la question des effectifs est posée pour atténuer « le manque d'attractivité lié à la localisation, au type d'emploi voire au métier lui-même »,
- pour les conseillers en économie familiale et sociale « on assiste à l'émergence d'emplois de conseillères en économie sociale et familiale dans certains services d'aide à domicile, dans les services des Conseils généraux, ainsi qu'au sein de structures d'insertion ».

L'étude du CESR souligne :

- des besoins importants en infirmiers, d'autant que chaque promotion subit un taux de perte en cours de formation de 25 à 30% de ses effectifs,
- des besoins en infirmiers spécialisés et cadres infirmiers,
- des besoins en aides-soignants faibles, voire en régression dans le secteur hospitalier, considérables mais probablement à des niveaux de rémunération inférieurs dans l'aide à domicile et dans les structures d'accueil pour personnes âgées, particulièrement dans l'Orne et la Manche,
- la précarité considérable qui caractérise l'aide à domicile,
- des besoins de manipulateurs d'électroradiologie médicale à observer au regard de la surenchère salariale pratiquée en Ile-de-France dont les effets commencent

à être ressentis en région par le secteur privé et qui pourraient, à terme, affecter le secteur public,

- l'importance de la VAE pour obtenir des diplômes qui permettent d'accéder à certaines professions et la montée en charge de ce processus.

Les priorités d'actions définies dans le PRDFP sont les suivantes :

- poursuivre la réflexion sur l'ouverture de formations d'aide-soignant dans des EPLE proposant des « BEP Carrières sanitaires et sociales » dans les départements de l'Orne et de la Manche,
- proposer des ouvertures de classes préparatoires aux concours d'entrée des écoles paramédicales afin de favoriser prioritairement les poursuites d'études des titulaires des « BAC Sciences médico-sociales » qui se trouvent en situation de « concurrence » avec les BAC scientifiques,
- veiller à l'équilibre formation initiale/formation professionnelle continue afin que les salariés puissent accéder, par le biais de la VAE, à la certification et à un emploi qualifié,
- prendre en compte l'ensemble des voies d'accès aux formations sanitaires et sociales (formation initiale, promotion professionnelle, reconversion professionnelle, VAE...) afin de ne pas générer de « concurrence » entre les sortants de formation initiale et les salariés expérimentés,
- améliorer la lisibilité des certifications des filières sanitaire et sociale (proximité de certains référentiels, passerelles entre les certifications, table de correspondance, complémentarité des métiers...) en concertation avec les services de l'État concernés,
- mieux informer les jeunes et les adultes sur les conditions d'accès aux formations, sur les conditions d'exercice des professions sociales et sanitaires et, plus largement, sur l'évolution des métiers,

▶ ▶ ▶ LES FILIÈRES SANITAIRES ET SOCIALES DANS LE CADRE DES ORIENTATIONS DU PRDFP

- engager des démarches partenariales avec les professionnels du secteur autour de questions telles que l'évolution des métiers et les outils prospectifs, les besoins en formation et l'expertise en matière d'analyse, l'accueil des jeunes et des adultes en milieu professionnel, la participation au titre de la taxe d'apprentissage en région, la formation des salariés les moins qualifiés et l'accès à la VAE.

Ces priorités doivent être réexaminées et approfondies au regard du contexte actuel du secteur sanitaire et social, de son poids numérique en termes d'effectifs formés, d'emplois et de structures, de l'évolution des besoins et des enjeux liés à la démographie médicale, au vieillissement de la population et à l'aménagement du territoire.



Le contexte actuel du secteur sanitaire et social en Basse-Normandie

▶ ▶ ▶ LE CONTEXTE ACTUEL DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL EN BASSE-NORMANDIE

Ces dernières années, avec les évolutions du paysage institutionnel et des missions du secteur sanitaire et social, on assiste à l'émergence de nouvelles problématiques transversales. Par ailleurs, la décentralisation, en transférant des compétences de plus en plus importantes aux collectivités territoriales, a fait éclater les lieux et les processus de décision. Cela a eu comme conséquence, l'imbrication progressive des questions de santé avec les questions sociales en direction de personnes ou familles en difficultés sanitaires et sociales (personnes handicapées, personnes âgées dépendantes, familles en difficulté...).

Ainsi, le contexte actuel est dominé par un certain nombre de problématiques majeures : le vieillissement, avec son corollaire, le développement des services à la personne, l'émergence des besoins en matière de petite enfance et également le niveau préoccupant de la démographie médicale en Basse-Normandie, les incidences du SROS, du Plan Hôpital 2007 et enfin les Schémas départementaux de gérontologie.

A. Le vieillissement de la population et le développement des services à la personne

1. Le vieillissement de la population en Basse-Normandie

Le phénomène de vieillissement de la population n'est pas spécifique à la Basse-Normandie. Il s'agit d'une tendance générale que l'on observe dans l'ensemble des régions françaises voire dans tous les pays développés. La Basse-Normandie fait partie des régions françaises les plus « touchées » par ce phénomène.⁵

En Basse-Normandie, le phénomène du vieillissement se caractérise par :

- une proportion relativement élevée des personnes de plus de 60 ans au regard de la moyenne nationale,
- une part des plus de 60 ans supérieure à celle des moins de 20 ans dans certains bassins d'emploi,
- une proportion des plus de 60 ans dans la population totale bas-normande qui, selon des projections établies par l'INSEE, passera, dans les 20 prochaines années, de 22% à plus de 33%,

- une arrivée massive de seniors qui viennent s'installer dans la région et le départ des jeunes bas-normands qui quittent la région pour poursuivre leurs études et s'installer dans d'autres régions (et notamment, dans les régions limitrophes).

Les conséquences du vieillissement de la population en Basse-Normandie sont les suivantes :

- Entre 2003 et 2015, la Basse-Normandie pourrait perdre près de 25.000 actifs (soit 4% de sa population active) dont une grande partie de jeunes. Cette tendance s'observe déjà dans les zones d'emploi de Vire, Flers, Alençon-Argentan et Saint-Lô. Ce sera le cas dès 2008 pour la zone de Coutances et 2009 pour les zones d'emploi de Cherbourg et de Caen- Bayeux.⁶

Le vieillissement de la population représente un double enjeu : la prise en charge sanitaire de personnes âgées

⁵ À lire : « Le Vieillissement démographique et son impact territorial en Basse-Normandie » CESR, juin 2006

⁶ Ces données sont contenues dans le document cité précédemment.

(accueil dans des structures médicalisées, accompagnement à domicile, soutien aux familles...) et l'organisation d'une offre de services à proximité en réponse aux besoins des seniors (activités culturelles, de loisirs...).

Mais, au-delà de la prise en charge des conséquences du vieillissement, c'est toute la question de la dépendance (avec notamment la prise en charge du handicap) qu'il faut prendre en compte dans l'élaboration et dans la mise en œuvre du Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales.

En effet, « (...) de toutes les problématiques majeures suscitées par le vieillissement de la population, la question de la dépendance des personnes âgées est sans doute celle dont le ressenti est le plus largement partagé. Cette problématique présente une portée à la fois individuelle et collective. Elle est en effet source de préoccupation pour les familles et les personnes affectées par l'état de dépendance. Elle est également à l'origine de la mise en œuvre par l'État et les collectivités territoriales de politiques nécessitant, soit directement,

soit indirectement, des dépenses élevées en investissement (pour les structures d'accueil et leur équipement) et en fonctionnement (pour le personnel).⁷»

En fait, le vieillissement de la population nécessite :

- la prise en compte (en termes de recrutement et de formation) de l'accroissement des besoins et de la consommation de soins accentués notamment par le développement des pathologies lourdes,
- par ailleurs, le « volet social » du vieillissement nécessite la prise en compte du développement des activités et des structures d'accueil pour personnes âgées mais aussi des structures d'assistance à domicile,
- enfin, la croissance de certaines activités médico-sociales, notamment celles liées aux soins à domicile, est un élément essentiel à intégrer dans l'élaboration du schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales.

2. Le développement des services à la personne en Basse-Normandie

Ces dernières années, on assiste à une forte croissance de l'emploi dans le secteur des services à la personne. Ce développement est dû essentiellement à l'apparition de nouveaux besoins sociaux dont les besoins engendrés par la prise en charge du vieillissement de la population mais également par une demande croissante de services à domicile. Une croissance qui va d'autant plus s'accélérer que les politiques publiques la favorisent à travers des mesures d'accompagnement (l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, le chèque emploi-service, des incitations fiscales et plus récemment le Plan de cohésion sociale publié en février 2005 avec la mise en place du Chèque Emploi-Service Universel et la création d'une Agence Nationale des Services à la Personne...).

La structuration en cours du secteur des services à la personne ne permet pas d'avoir une visibilité totale sur les conditions d'exercice et impose une certaine vigilance quant aux évolutions à venir, bien que les projections et le bilan sur ces dernières années confirment le dynamisme du secteur.

Autre écueil à l'appréhension de ce secteur, il est, à ce jour, difficile d'élaborer un diagnostic territorial satisfaisant concernant le développement de l'emploi en Basse-Normandie. Cependant, on peut, à partir de l'étude du CESR portant sur les perspectives et besoins de formation dans le secteur des services en Basse-Normandie, dresser un portrait de la région.

La Basse-Normandie connaît, comme c'est la tendance globale constatée au niveau national, une croissance soutenue de l'emploi dans le secteur des services aux personnes. Il faut dire que cette croissance coïncide avec la croissance générale de l'emploi dans le secteur des services. En effet, entre 1982 et 1990, l'emploi (salariné et non salariné) est passé, en Basse-Normandie, de 211.000 personnes à 249.000 personnes (283.000 selon les données RGP de 1999 et très probablement 300.000 emplois aujourd'hui). Dans ce contexte, l'emploi dans le secteur des services personnels et domestiques a connu une croissance de 106,7% entre 1990 et 2003 (+119,4% pour le Calvados, +102,3% pour la Manche et +87,4% pour l'Orne).

On notera, pour une analyse approfondie de la situation, que ce secteur fait partie des secteurs pour lesquels le temps partiel est très développé puisque 23% des emplois y sont exercés en temps partiel (données 2002). La répartition des professionnels du secteur en Basse-Normandie, selon les données RGP de 1999 est la suivante : agents d'entretien (31.441 personnes), assistantes maternelles et aides à domicile (17.231), employés de maison (7.047), employés de services divers (3.021).

L'étude du CESR identifie ainsi le secteur des services aux personnes comme l'un des plus représentatifs en termes d'emplois (pour une présentation plus générale du secteur des services aux personnes, voir en annexe).

⁷ Idem

3. Les besoins dans les métiers de la petite enfance

Secteur en croissance régulière, l'accueil de la petite enfance regroupe un nombre non négligeable de métiers propres à cette activité : assistantes maternelles, animatrices de RAM, auxiliaires de puériculture, puéricultrices.

Il s'agit d'un secteur en croissance régulière dont les effectifs atteignent désormais des proportions considérables ; par exemple, on estime à près de 5.000 le nombre de personnes travaillant dans le département de la Manche dans ce type d'activité. Il s'agit de métiers caractérisés par une très forte féminisation et, pour les assistantes maternelles, par un niveau de formation peu élevé.

Ces dernières constituent la fraction la plus nombreuse des métiers d'accueil de la petite enfance. Elles exercent cette profession selon trois statuts : salariées indépendantes, salariée d'un organisme de droit privé, salariée d'une collectivité territoriale (accueil d'enfants dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance).

Le titulaire du CAP Petite enfance est un professionnel qualifié pour l'accueil et la garde de jeunes enfants. Il assure ainsi leurs soins d'hygiène, leur alimentation et leur sécurité. Il contribue également à leur éducation et à leur développement. Les débouchés professionnels se situent principalement dans les crèches, écoles maternelles, haltes-garderies mais aussi à domicile. En termes d'évolution de carrière, les titulaires d'un CAP Petite enfance peuvent envisager une préparation du concours d'aptitude pour accéder au grade d'ATSEM en école maternelle.

La formation de niveau V (Éducation Nationale) est accessible par la voie de la formation initiale et s'effectue en alternance sur 1 an. Elle est ouverte à tout public ayant au moins 16 ans avec ou sans diplôme et comprend notamment 12 semaines de stages.

En Basse-Normandie, l'offre de formation comprend 1 établissement dans le Calvados (capacités d'accueil : 30 places), 2 dans la Manche (capacités d'accueil : 29 places) et 1 dans l'Orne (capacités d'accueil : 28).

Entre 2003 et 2006, le nombre de dossiers déposés pour une VAE est passé de 5 à 18 avec tout de même une chute à 7 en 2005 après une forte augmentation à 13 en 2004. Si les validations totales restent relativement faibles, il faut noter qu'en moyenne, près de plus de 80% de ces dossiers reçoivent une validation partielle.

Au plan des besoins exprimés, il semble que la plupart de ces métiers souffrent d'un déséquilibre permanent entre l'offre et la demande se traduisant par un manque d'assistantes maternelles, d'auxiliaires-puéricultrices, puéricultrices et animatrices de RAM. De surcroît, une insuffisance de structures d'accueil (crèches collectives, familiales...) est observée. »

Il ressort ainsi des consultations « Voix Publiques » que, pour répondre aux besoins en personnels qualifiés dans la prise en charge de la petite enfance dans la région, l'ouverture de section CAP Petite enfance (en dehors du département de la Manche qui propose déjà deux sections) doit être envisagée. Par ailleurs, il s'avère nécessaire de mettre en place des modules de formation continue pour les candidats post VAE.

B. Éléments de contexte sur la santé et l'organisation sanitaire en Basse-Normandie

L'organisation sanitaire du territoire bas-normand donne des indications quant aux atouts et aux déficits en terme de professionnels. C'est la raison pour laquelle le schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales s'appuiera sur le cadre et les orientations du Plan Hôpital 2007 et du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS). En effet, c'est dans le cadre du SROS et du Plan Hôpital 2007 que s'exprime la politique Régionale de santé publique.

Dans ce nouveau contexte de « régionalisation » de la politique de santé publique (à travers le nouveau rôle de l'Agence Régionale d'Hospitalisation), la Région entend jouer un rôle ; rôle qui s'avère d'autant plus essentiel que la Basse-Normandie connaît des difficultés au niveau de sa démographie médicale. Des difficultés marquées surtout dans les territoires ruraux. Tout l'enjeu est de trouver les conditions d'articulation entre les objectifs du SROS, ceux visés par la Région en matière de médecine rurale et les propres objectifs du Schéma des Formations Sanitaires et Sociales en matière de professionnalisation et d'égalité des territoires.

1. L'état sanitaire et la démographie médicale en Basse-Normandie

1.1. L'état sanitaire et médico-social de la Basse-Normandie

Au 1^{er} janvier 2004, la population de la Basse-Normandie s'élevait à 1.441.833 habitants (données de la DRASS « Statiss 2006 Basse-Normandie »). La répartition territoriale de cette population est la suivante : 663.509 habitants dans le Calvados, 486.129 dans la Manche et 292.195 dans l'Orne. Il faut ainsi noter la faible variation de ces chiffres entre 2000 et 2004, (+0.47% annuellement pour le Calvados, +0.19% pour la Manche) voire la variation négative dans l'Orne (-0.11%). Si la densité de la population est sensiblement inférieure à la moyenne nationale (82 habitants au km² contre 111 au niveau national), on observe que les situations par département ne présentent pas les mêmes caractéristiques. En effet, la densité dans le Calvados est particulièrement forte (120 habitants au km²) tandis que dans la Manche, elle est de 82. L'Orne a, elle, une densité très faible (48 habitants au km²).

Concernant les indicateurs démographiques, la Basse-Normandie présentait (en 2004) les caractéristiques suivantes : un taux de natalité de 11.8⁹ dont 12.4 pour le Calvados, 11.3 pour la Manche et 11.1 pour l'Orne (contre 12.7 au niveau national) ; un taux de mortalité de 9.3¹⁰ dont 8.4 pour le Calvados, 10 pour la Manche et 9.9 pour l'Orne (contre 8.4 en moyenne nationale) ; un taux de fécondité de 51.6 dont 51.2 pour le Calvados, 52 pour la Manche et 51.9 pour l'Orne (contre 53.1 en moyenne nationale) ; un taux de mortalité infantile de 4.3¹² dont 5.2 pour le Calvados, 3.6 pour la Manche et 3.4 pour l'Orne (4.2 en moyenne nationale), et enfin, un indice de vieillissement¹³ de 71.9 dont 61.4 pour le Calvados, 80.7 pour la Manche et 82.4 pour l'Orne (contre 65.3 au niveau national). Ce que l'on peut retenir de ces éléments, c'est que la Basse-Normandie présente des caractéristiques relativement défavorables par rapport à la moyenne nationale. En effet, si l'on croise les éléments concernant les naissances et ceux du vieillissement, on peut dire que la région doit faire face à un certain nombre de défis démographiques à venir. Par ailleurs, les disparités territoriales nécessitent

⁹ Naissances domiciliées pour 1000 habitants

¹⁰ Décès domiciliés pour 1000 habitants

¹¹ Naissances pour 1000 femmes de 15 à 49 ans

¹² Décès de moins de 1 an pour 1000 naissances

¹³ 65 ans et plus pour 1000 personnes de moins de 20 ans

▶ ▶ ▶ LE CONTEXTE ACTUEL DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL EN BASSE-NORMANDIE

une certaine vigilance notamment pour le département de l'Orne.

Au niveau des causes médicales de décès, on observe les caractéristiques suivantes (source DRASS « Statiss 2006 » : sur 6.990 décès d'Hommes, 2.374 étaient dus à des tumeurs (34%), 1.867 à des maladies de l'appareil circulatoire (27%) et 689 à des causes externes (dont les suicides et les accidents de transports). Chez les femmes, les causes principales de décès observées sur la même période étaient liés à des maladies de l'appareil circulatoire (2.086 sur 6.480), à des tumeurs (1.526 sur 6.480) et à des causes externes dont des suicides et des accidents de transports (422 sur 6480).

En termes de structures et établissements¹⁴, la Basse-Normandie comptait, au 1^{er} janvier 2004, 33 établissements relevant du secteur public dont 11 dans le Calvados, 12 dans la Manche et 10 dans l'Orne (21 centres hospitaliers dont 1 régional, 9 hôpitaux locaux et 3 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie) et 32 structures privées dont 14 dans le Calvados, 12 dans la Manche et 6 dans l'Orne (dont 14 établissements de soins aigus non psychiatriques, 13 centres de moyen séjour, 2 centres de lutte contre l'alcoolisme, 2 hôpitaux psychiatriques privés et 1 centre de lutte contre le cancer).

Concernant les taux d'équipement, on observe les données suivantes : 2.36 en médecine dont 2.50 pour le Calvados, 2.15 pour la Manche et 2.40 pour l'Orne (contre 2.13 en moyenne nationale)¹⁵, 1.65 en chirurgie dont 1.87 pour le Calvados, 1.41 pour la Manche et 1.53 pour l'Orne (contre 1.75 en moyenne nationale) et 0.44 en gynécologie-obstétrique dont 0.45 pour le Calvados, 0.40 pour l'Orne et 0.46 pour la Manche (contre 0.40 en moyenne nationale). Globalement, la Basse-Normandie présente des caractéristiques favorables en équipements sanitaires par rapport à la moyenne nationale.

En matière d'accueil des personnes âgées, on dénombrait, au 1^{er} janvier 2004 (source DRASS- Répertoire Finess - Enquête EHPA 2003 - SAE 2003), 240 maisons de retraite en Basse-Normandie et 14.386 lits (dont 2.506 en section de cure médicale et 5.781 en EHPAD), 92 logements-foyers pour 4063 logements, 79 lits en hébergement temporaire, 66 places en accueil de jour, 1909 places en services de soins à domicile et 1773 lits de soins de longue durée. Aussi, le taux d'équipement régional en structures d'hébergement pour personnes âgées (lits de maisons de retraite, logements en foyers et lits d'hébergement temporaire) était, au 1^{er} janvier 2004 de 153.6¹⁶ (contre 130.4 en moyenne nationale), le taux d'équipement en places de services de soins à domicile, de 15.84 (contre 15.8 au niveau national) et le taux d'équipement en lits médicalisés, était de 84.40 (contre 73.2 en moyenne nationale). Ces éléments placent

la Basse-Normandie dans une position favorable relativement à la situation au niveau national.

Concernant l'accueil des personnes handicapées adultes, on constate les éléments suivants (au 1^{er} janvier 2004, selon l'enquête ES 2001 de la DRASS) : le taux d'équipement en maisons d'accueil spécialisées est de 0.95 (contre 0.48 au niveau national)¹⁷, le taux d'équipement en foyers de vie et foyers d'accueil médicalisé, de 1.65 (1.41 en moyenne nationale), le taux d'équipement en centre d'aide par le travail, de 4.35 (contre 3.03 en moyenne nationale) et enfin, le taux d'équipement en ateliers protégés, était de 0.97 (contre 0.53 en moyenne nationale). Pour l'accueil de l'enfance et de la jeunesse handicapées, le taux d'équipement régional en lits-places pour 1.000 jeunes de moins de 20 ans est de 11.53 contre 8.55 en moyenne nationale. On peut donc dire, concernant ce secteur, que la Basse-Normandie est dans une position satisfaisante.

D'autres éléments viennent compléter ce tableau sanitaire : le taux d'équipement régional en lits dans les établissements de l'aide sociale à l'enfance pour 1.000 jeunes de moins de 20 ans, était, au 1^{er} janvier 2004 (source DRASS), de 4.14 contre 4.46 au niveau national, le taux d'équipement en lits de CHRS pour 1.000 adultes de 20 à 59 ans, était de 0.50 (contre 0.94 en moyenne nationale) et le taux d'équipements en accueil collectif pour 1.000 enfants nés au cours des trois dernières années (garde des enfants d'âge préscolaire), était de 53 contre 101 au niveau national. Si l'on doit retenir un élément caractéristique, c'est certainement la faiblesse en équipement d'accueil et de garde de la petite enfance.

1.2. La démographie médicale en Basse-Normandie

Dans un rapport d'avril 2005, le Professeur Yvon BERLAND, Président de l'Observatoire National de la démographie des professionnels de santé, pose le diagnostic suivant concernant la Basse-Normandie :

- une densité de médecins généralistes parmi les plus faibles de France (144 pour 100.000 habitants contre 166 en moyenne nationale),
- une importance des populations vivant dans les zones fragiles (soit 9% de la population contre 3,5% en moyenne nationale),
- une faible densité de praticiens,
- une forte proportion des médecins de plus de 60 ans,
- des déplacements importants pour les patients pour accéder à l'offre de soins,

¹⁴ Source : DRASS- Enquête SAE 2003

¹⁵ Taux d'équipement en lits et places pour 1000 habitants

¹⁶ Taux d'équipement pour 1000 habitants de 75 ans et plus

¹⁷ Nombre de lits ou places pour 1000 adultes de 20 à 59 ans

- des inégalités de répartition de l'offre de soins de proximité entre les zones rurales isolées, les couronnes péri-urbaines et les espaces urbains,
- au 31 décembre 2005, la région comptait en moyenne 4 médecins généralistes pour 5.000 habitants (4,3 pour le Calvados, 3,9 pour la Manche et 3,6 pour l'Orne),
- 12 bassins de vie sur 78 (majoritairement ruraux) comptent moins de 3 médecins pour 5.000 habitants,
- 13 bassins de vie comptent une majorité de médecins de plus de 55 ans,
- les nombreux départs à la retraite dans les prochaines années ne seront pas couverts en raison des niveaux antérieurs et actuels du *numerus clausus* actuel,
- de fortes disparités entre zones géographiques, particulièrement en zones rurales,
- le temps médical consacré aux soins des patients diminue de plus en plus.

Des données extraites de l'Observatoire Régional de la Santé en Basse-Normandie sur l'état sanitaire en région permettent d'apprécier quelques indicateurs relativement au niveau national :

- si l'espérance de vie augmente, elle reste inférieure à celle de la France,
- le taux d'équipement en maisons de retraite est supérieur à la moyenne nationale,
- la prise en charge en pédiatrie est inférieure à la moyenne nationale,
- le niveau d'équipement bas-normand en lits d'hospitalisation est supérieur à la moyenne nationale,
- le nombre de lits d'hospitalisation de suite est inférieur à la moyenne nationale,
- les dépenses en pharmacie sont globalement supérieures à la moyenne nationale,
- la consommation de soins est marquée par un faible recours aux spécialistes, chirurgien-dentistes et auxiliaires médicaux alors que le nombre d'actes de médecins généralistes est supérieur à la moyenne nationale,
- la mortalité par suicide est significativement plus importante en Basse-Normandie qu'en France.

1.3. L'action de la Région en faveur des territoires ruraux

Compte tenu des enjeux liés à la démographie médicale en Basse-Normandie, la Région a exprimé la volonté de s'impliquer dans ce domaine qui ne relève pas directement de sa compétence.

Le colloque « Une médecine en milieu rural pour demain ? En Basse-Normandie, ça se prépare aujourd'hui » organisé le 4 février 2006 au Centre de Congrès de Caen, à l'initiative de la Région, a amorcé la politique régionale en la matière.

Le Président de Région, Philippe Duron a affirmé à cet effet que « si la Région a pris cette initiative avec l'URCAM et l'URML, c'est pour assumer, à son niveau, le rôle qu'elle pense devoir jouer. La démographie médicale représente un enjeu de service public et d'aménagement du territoire. Il s'agit aussi de répondre aux mutations démographiques auxquelles notre Région est confrontée, notamment dans les zones rurales frappées par une déprise démographique, économique et agricole ».

S'appuyant sur la Loi du 23 février 2005 sur les territoires ruraux (qui donne la possibilité aux collectivités locales de favoriser l'installation et le maintien des professionnels de santé en milieu rural à travers des financements des structures participant à la permanence de soins) et dans le cadre d'une convention avec l'URCAM-URML, la Région a engagé des actions pour pallier les conséquences du déficit des professionnels de santé dans les zones rurales et/ou en voie de « désertification ». Les principaux axes de la politique régionale en la matière sont les suivants :

- l'aide à l'ingénierie,
- le soutien aux projets novateurs dans une démarche de mutualisation de l'offre de soins dans les zones concernées par le déficit de professionnels de soins (études pré-opérationnels des besoins, aides à la création de maisons de santé et de cabinets mutualisés...).

Dans le cadre des objectifs que s'est fixée la Région, une attention particulière est portée sur la situation dans le département de l'Orne où la répartition géographique des professionnels de santé et plus particulièrement des médecins généralistes est très inégale. Le projet de création d'une « Maison de la santé » dans la commune de Mêle-sur-Sarthe (61) entre dans le cadre de la politique régionale de santé en faveur des territoires ruraux.

Pour Patrick Jourdan, Directeur de l'URCAM, « la Basse-Normandie n'est pas un désert médical, mais l'activité élevée des médecins, leur isolement et leur âge laissent présager une très forte baisse de l'offre de soins dans dix ans »¹⁸.

¹⁸ Cf. Actes du colloque : « Une médecine en milieu rural pour demain ? En Basse-Normandie, ça se prépare dès aujourd'hui » 04 février 2006

▶ ▶ ▶ LE CONTEXTE ACTUEL DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL EN BASSE-NORMANDIE

2. Le SROS et le Plan Hôpital 2007

Le SROS et le Plan Hôpital 2007 constituent un cadre de première importance pour le Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales dans la mesure où ils définissent le contexte et les orientations générales d'une politique régionale de santé publique.

Pour mieux appréhender cette nouvelle organisation, il faut rappeler l'historique de la planification sanitaire et hospitalière en France :

- la Loi hospitalière du 31 décembre 1970 crée la notion de « service public hospitalier » et instaure la carte sanitaire. Celle-ci consiste à découper l'espace géographique en secteurs sanitaires (256 répartis sur 21 régions). L'objectif était d'instaurer un plateau technique minimum au sein de chaque secteur sanitaire et de rééquilibrer les équipements hospitaliers au sein de ces secteurs. Par ailleurs, la carte sanitaire visait les établissements privés pour les équipements en nombre de lits et les installations d'équipements lourds (les établissements publics demeurant sous le principe de l'appropriation par l'autorité de tutelle des décisions de leur conseil d'administration),
- la Loi du 31 juillet 1991 renforce le contenu de la carte sanitaire, développe les alternatives à l'hospitalisation et crée le SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire). Cette loi prend la dimension régionale comme référence de l'organisation sanitaire. Dans le cadre de cette loi, le pouvoir de l'État est en partie délégué aux instances régionales ou locales,
- l'ordonnance du 24 avril 1996 institue les Agences Régionales d'Hospitalisation et régionalise les budgets avec pour objectif d'améliorer la complémentarité de l'offre de soins au sein d'une même zone géographique,
- l'ordonnance du 4 septembre 2003 simplifie et régionalise les démarches de planification (suppression de la carte sanitaire, le SROS devient l'unique outil de planification, les secteurs sanitaires sont remplacés par les « territoires de santé », les autorisations sont déconcentrées au niveau des ARH, sont unifiées les formules de coopération sanitaire entre établissements publics et privés à travers le groupement de coopération sanitaire qui devient ainsi le cadre naturel des coopérations et des réseaux de santé...),
- la régulation de l'offre de soins se fait à travers une répartition des activités et des équipements par bassin de santé. C'est l'ARH qui est responsable de cette répartition intra-régionale comme de celle des crédits

entre établissements¹⁹. Cependant, la définition des orientations générales et du cadrage financier se fait au niveau national.

- la circulaire d'orientation du 5 mars 2004 pour les SROS de troisième génération (2005-2010) vient compléter le dispositif et précise les orientations pour les territoires de santé, les projets médicaux de territoires, les modalités de concertation avec les établissements ainsi que les modalités d'organisation des plateaux techniques et des activités de proximité. La circulaire définit trois démarches distinctes et complémentaires en matière de territorialisation : les territoires de santé pour l'organisation de l'offre, les conférences sanitaires pour la concertation et les territoires de proximité pour l'accès aux soins.

Le plan Hôpital 2007 et le SROS impliquent donc le cadre et les objectifs suivants :

- une coopération et une recherche de complémentarité entre les établissements de santé publics et privés,
- une modernisation des établissements par une relance de l'investissement,
- une rénovation des modes d'achat des établissements,
- la facilitation de l'accessibilité aux activités de soins à travers le critère du « temps d'accès aux activités de soin »,
- la détermination de volumes d'activités de soins : il s'agit pour l'ARH de préciser, pour chaque territoire et pour les disciplines concernées par les objectifs quantifiés (médecine, chirurgie, imagerie médicale, cardiologie, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, traitement de l'insuffisance rénale...) des seuils de couverture des besoins de la population,
- l'objectif de la quantification des objectifs est de fixer des limites basses (en deçà desquelles on estime que les besoins de la population ne sont pas couverts) et des limites hautes (au-dessus desquelles on considère que les établissements du territoire concerné réalisent une activité supérieure aux besoins de la population). Dans cette optique, les limites basses garantissent le maintien des activités concernées tandis que les limites hautes ont pour fonction de réguler l'offre entre les différents volets et entre les territoires,

¹⁹ À noter qu'avec la tarification à l'activité pour les activités MCO, l'établissement perçoit directement le produit de son activité. Cela signifie que les établissements doivent s'organiser pour que leurs activités couvrent leurs dépenses.

- le décloisonnement des organisations médicales et la généralisation des pôles d'activité qui introduisent une dimension partenariale dans la régulation de l'offre de soins.

Dans la nouvelle organisation sanitaire, l'ARH joue donc un rôle important. En ce qui concerne la Basse-Normandie, le cadre de mise en œuvre et les orientations stratégiques du SROS III s'appuient sur un découpage de l'espace géographique régional en 5 territoires de santé qui correspondent aux zones d'attractivité des établissements (Centre, Nord-Est, Nord-Ouest, Sud-est et Sud-Ouest). L'objectif de ce découpage est la recherche de cohérence dans la répartition des activités médicales à travers le projet médical de territoire et la signature de conventions d'objectifs et de moyens avec les établissements de soins.

Compte tenu du rôle de l'ARH et de ses outils de pilotage et de coordination, il est nécessaire que les orientations du Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales soient articulées avec les objectifs globaux de santé publique régionale.

L'ARH, en tant que responsable de l'organisation sanitaire en région, doit être un interlocuteur privilégié de l'évaluation des besoins en formation. Le dialogue entre l'ARH et la Région et l'observation des besoins peut, d'ores et déjà, s'appuyer sur :

- les initiatives régionales de télé-santé et les expérimentations sur le transfert d'images radiologiques (cf. journée régionale de télé imagerie du 6 juin 2006 organisée à la Région),

- les conférences de territoires dont la vocation est de réfléchir sur les enjeux sanitaires propres à chaque territoire régional,
- la politique en matière de financement des équipements lourds afin d'améliorer l'accès aux soins et de garantir leur qualité ,
- des programmes novateurs en matière d'imagerie médicale et d'expérimentation tels que le « Dossier Médical Partagé »,
- des initiatives qui permettent de renforcer les services aux patients sur tout le territoire et d'améliorer l'attractivité de la Basse-Normandie pour les professionnels de santé (soutien à l'investissement pour la création de la permanence de soins dans le Calvados, initiatives fortes avec l'URCAM et l'URML pour renforcer la démographie médicale en zone rurale...).

En résumé, les disparités territoriales dans l'accès aux soins, le développement de structures alternatives à l'hospitalisation, le décloisonnement entre la médecine hospitalière et la médecine de ville, l'innovation technologique et la gestion prévisionnelle des âges dans les professions sanitaires et sociales définissent autant d'enjeux majeurs de la politique sanitaire régionale des cinq années à venir.

²⁰ Dans le cadre du dispositif d'intervention « Plan Hôpital 2007 », la Région soutient l'investissement hospitalier en partenariat avec l'ARH afin d'augmenter et de moderniser le patrimoine hospitalier. La priorité est donnée à l'urgence, au cancer et à la périnatalité. Les publics visés sont essentiellement les hôpitaux faisant acquisition d'équipements lourds priorités par l'ARH. Les critères d'intervention pour l'acquisition d'équipements lourds sont l'installation d'un IRM, achat de scanner, l'acquisition d'un TEP SCAN et d'un accélérateur multi-lames, la numérisation des services de radiologie et la mise en réseau de l'imagerie médicale. La Région intervient ainsi à hauteur de 10% du coût des investissements et 20%.

3. Les schémas départementaux de gérontologie et les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a renforcé le rôle des Départements dans l'action sociale et sanitaire. Elle précise ainsi qu'à partir du 1^{er} janvier 2005 « le département définit et met en œuvre la politique d'action sociale » autour d'actions sociales très diversifiées : l'aide sociale à l'enfance, l'aide aux handicapés, l'aide aux personnes âgées, l'insertion sociale et professionnelle des bénéficiaires du RMI mais également des jeunes en difficultés au travers du fonds d'aide aux jeunes, l'aide au logement.

Il convient de préciser que le Conseil général du Calvados s'est doté dès 2005 d'un Schéma départemental de gérontologie.

Le Président du Conseil général arrête également le Schéma général de gérontologie, outil de planification départemental et pluriannuel, mesurant l'écart entre l'offre et les besoins et définissant les adaptations nécessaires de cette offre par rapport aux besoins identifiés.

Si la Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale pose de nouvelles bases pour la politique de gérontologie et que la Loi du 13 août 2004 confère aux départements la mission

de planification en la matière, la Loi n°2005-12 du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées prévoit une programmation pluriannuelle de l'État en région, des financements assurés par l'assurance maladie, par l'État et par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie instituée en juin 2004.

Il existe à cet effet deux niveaux de programmation et de planification : un niveau principal avec le Schéma départemental de gérontologie et un niveau secondaire constitué du Schéma Régional qui « compile » les éléments des schémas départementaux relevant de l'État.

La loi du 11 février 2005 a institué les maisons du handicap qui doivent être le « guichet unique » auprès duquel toute personne handicapée doit pouvoir bénéficier de l'accueil, de l'information et du conseil dont elle pourrait avoir besoin.

C'est sur ces éléments que la réflexion de la Région se fondera avec l'aide des départements et dans le but de définir les besoins en emplois et en professionnalisation dans le secteur.

▶ ▶ ▶ Repères

- De nouveaux enjeux liés à la prise en charge du handicap et du vieillissement, au développement de l'aide à la personne, à la petite enfance, aux nouvelles technologies et aux plans nationaux et régionaux de santé publique,
- l'accroissement des besoins sociaux dans un contexte socio-économique marqué par le chômage et la précarité,
- l'entrée en vigueur du Plan de Cohésion Sociale est susceptible d'entraîner une tendance à la concentration des structures exerçant dans le secteur des services à la personne,
- de nouvelles formes d'intervention et de prise en charge plus diversifiées et plus transversales,
- l'apparition de nouveaux métiers avec le développement des politiques de proximité.



Analyse de l'offre de formation et éléments de prospective



A. Analyse de l'offre de formation sanitaire et sociale en Basse-Normandie

Les formations sanitaires et sociales transférées à la Région se caractérisent par des conditions d'accès soumises à des concours d'entrée, par des conditions d'inscription aux concours très variables, par des périodes en milieu professionnel significatives et par une diversité des statuts des apprenants et des cadres d'emplois.

1. Les formations sanitaires et sociales initiales transférées à la Région (année 2006)

Diplôme du sanitaire	Quota / Capacité d'accueil	Niv.	Diplôme du social	Capacité d'accueil	Niv.
Infirmier	Quota : 702	III	Auxiliaire de Vie Sociale, DEAVS	20 (10 à IRTS/ 10 à IFSS)	V
Infirmier bloc opératoire	Accès par la formation continue 20 places	III	Aide Médico-Psychologique, DEAMP	Ouvert à la formation initiale depuis juillet 2006	V
Infirmier anesthésiste	Accès par la formation continue 17 places	III	Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale, DETISF	15 (une année ouverte à l'IRTS : une année à l'IFSS)	IV
Sage-femme	Quota : 24	III	Moniteur Éducateur, DEME	34	IV
Puéricultrice	Accès par la formation continue 22 places	III	Éducateur Spécialisé, DEES	60 Plus 4 par apprentissage	III
Orthophoniste	Quota : 20	III	Éducateur Technique Spécialisé, DEETS	10	III
Masseur-kinésithérapeute	Quota : 40	III	Assistant de Service Social, DEASS	76 (2X38)	III

ANALYSE DE L'OFFRE DE FORMATION ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

Diplôme du sanitaire	Quota / Capacité d'accueil	Niv.
<i>Cadre de santé</i>	<i>Accès par la formation continue 30 places</i>	<i>II</i>
Manipulateur d'électroradiologie médicale	Quota : 25	III
Aide-soignant	Capacité d'accueil : 619	V
Auxiliaire de puériculture	Capacité d'accueil : 25	V
Ambulancier	Capacité : 24	V

Diplôme du social	Capacité d'accueil	Niv.
<i>Encadrement et Responsable d'Unité d'Intervention Sociale, CAFERUIS</i>	<i>Accès par la formation continue</i>	<i>II</i>
<i>Diplôme d'État d'Ingénierie Sociale, DEIS</i>	<i>Accès par la voie de la formation continue</i>	<i>I</i>
Conseiller en Économie Sociale et Familiale DECESF	16	III
<i>Médiateur familial</i>	<i>Accès par la formation continue</i>	<i>II</i>
<i>Assistant familial</i>	<i>Accès par la formation continue</i>	<i>V</i>

Environ 3.145 élèves/étudiants sont inscrits dans des formations sanitaires et 610 dans des formations sociales certifiées par le Ministère des Affaires Sociales. Pour les formations sanitaires, les formations d'infirmiers et d'aides-soignants représentent 85% de la totalité des effectifs. Les capacités d'accueil et quotas d'entrée recensés ci-dessus concernent strictement les candidats recevables au titre de la formation initiale dont la formation sera financée par la Région.

Les formations accessibles par la voie de la formation continue (en italique dans le tableau) n'entrent pas dans le champ de compétence de la Région. Toutefois, dans le cadre de la rénovation des diplômes initiée par le Ministère des Affaires Sociales, certains diplômes sont devenus accessibles par la voie de la formation initiale afin de favoriser l'accès à tous les publics et les passerelles entre les diplômes. Les places indiquées dans le tableau ci-dessus pour les formations strictement accessibles par la voie de la formation continue renvoient aux déclarations préalables dans lesquelles les organismes de formation précisent les effectifs prévisionnels.

Pour avoir une vision complète des flux formés, il conviendrait d'y ajouter :

- les candidats salariés susceptibles d'être pris en charge par les employeurs au titre du plan de formation, dans le cadre d'un contrat de professionnalisation ou d'un

congé individuel de formation,

- les candidats à la VAE sanitaire et sociale,
- les entrées isolées, à l'initiative de certaines écoles,
- les stagiaires de la formation professionnelle continue formés dans le cadre des dispositifs de la Région ou de la commande publique de l'AFPA.

Les diplômes d'AVS et d'AMP ouverts à la formation initiale depuis 2005 et 2006 sont, de fait, des diplômes de promotion professionnelle et sociale avec des flux importants en formation professionnelle continue. À titre d'exemple, le nombre de reçus, par la voie de la formation continue, au diplôme d'AMP par an est, en moyenne, de 150.

Les DPAS et DEAVS sont les diplômes les plus demandés par la voie de la VAE. Les prévisions de candidatures de VAE en 2006 font état d'un effectif de 800 pour les aides-soignants et de 600 pour les auxiliaires de vie sociale. La prévision pour le diplôme professionnel d'auxiliaire de puéricultrice accessible par la VAE depuis janvier 2006 est de 200 candidats.

Plus largement, la demande de VAE pour obtenir des certifications relevant du Ministère des Affaires Sociales et du Ministère de la Santé est importante. En 2005, plus de 1.500 demandes ont ainsi été relevées.

▶ ▶ ▶ ANALYSE DE L'OFFRE DE FORMATION ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

Le Diplôme d'État d'Assistant Familial vise les anciennes assistantes maternelles accueillant des enfants à temps complet confiés par les autorités de la Protection de l'Enfance. Créé en mars 2006, il fixe la durée de formation, pour obtenir l'agrément, à 300 heures avec l'obligation d'avoir suivi 60 heures dans les 2 premiers mois précédant l'accueil du premier enfant et de réaliser les 260 heures restantes en cours d'emploi. Ce diplôme, qui vise la professionnalisation des nombreuses assistantes maternelles (plus de 17.000 au RGP de 1999), peut être obtenu soit par la réussite à l'examen à l'issue de la formation, soit par la voie de la VAE.

L'offre de formation et de certification est extrêmement évolutive afin de répondre aux besoins croissants en emplois et en qualification. La généralisation de la VAE s'inscrit dans cette logique : tous les diplômes du champ social sont accessibles par la voie de la VAE à l'exception des diplômes de « Moniteur éducateur » et de « Conseiller en économie sociale et familiale ». Les diplômes « d'Aide-soignant », « d'Auxiliaire de puériculture » et de « Préparateur en pharmacie hospitalière » sont les seuls accessibles en 2006, pour le champ sanitaire. L'ouverture à la VAE s'appuie sur une ingénierie de diplômes initiés par le Ministère des Affaires Sociales et celui de la Santé sur la base de référentiels professionnels, de référentiels de certification

et de référentiels de formations modularisées. Cette rénovation qui accentue les passerelles et les correspondances entre les diplômes favorise l'accès aux concours d'entrée dans les écoles, les équivalences et, par conséquent, la mobilité professionnelle.

Pour les structures de formation, le transfert de compétences concerne :

- 2 établissements de formation localisés à Alençon et à Hérouville Saint-Clair agréés par la DRASS pour les formations sociales initiales. À cela s'ajoutent 2 établissements agréés pour des diplômes du secteur social préparés dans le cadre de la formation continue,
- 10 écoles d'infirmier, 21 écoles d'aide-soignant, 2 écoles d'ambulancier et 9 écoles préparant aux divers diplômes de la santé. La Région a agréé une IFAS en 2006.

Remarque : En 2006, aucune augmentation de capacités d'accueil dans les formations sanitaires et sociales (à l'exception d'aide-soignant dont le quota a été augmenté de 25 places de formations supplémentaires)

La répartition territoriale de l'offre montre la prépondérance du département du Calvados qui concentre 55% de l'offre globale, particulièrement sur la zone d'emploi de Caen-Bayeux.

2. Les formations sanitaires et sociales initiales au sein du PRDFP

Les formations sanitaires et sociales transférées s'intègrent à l'ensemble de l'offre sanitaire et sociale inscrite au PRDFP, du niveau V au niveau II.

Plus de 4.200 élèves et étudiants sont inscrits dans des formations sanitaires et sociales certifiées par des diplômes relevant du Ministère de l'Éducation Nationale et du Ministère de l'Agriculture dont environ 70% dans des formations certifiées par des diplômes de l'Éducation Nationale. À cela, il convient d'ajouter les formations relevant du Ministère de la Jeunesse et des Sports et de la Vie Associative, particulièrement dans le secteur de l'animation socioculturel.

Les formations de niveau V représentent plus de 55% de l'offre de formation avec un poids significatif des « BEP carrières sanitaires et sociales » (environ 550 sortants par an) et des BEP services en milieu rural (environ 480 sortants par an).

Rappelons que le BEP ne vise pas directement l'insertion professionnelle et que ces effectifs de 2ème année professionnelle, relativement importants, doivent être rapprochés des poursuites d'études possibles.

Les données disponibles montrent qu'environ 190 entrants en IFAS sont titulaires d'un « BEP carrières sanitaires et sociales », 170 d'un diplôme de niveau V sans préciser le type de diplôme, qu'environ 200 places sont disponibles en « 1ère d'adaptation sciences médico-sociales », 100 places (dont 30 par la voie de l'apprentissage) en mention complémentaire « Aide à domicile » et 260 places en BAC PRO services en milieu rural, soit environ 830 places « théoriques » post BEP. Une première analyse qu'il conviendrait d'approfondir afin de caractériser le devenir des sortants de BEP et de CAP.

L'offre de formation professionnelle de niveau IV est confortée par l'arrêté du 11 mai 2005 portant création du « Baccalauréat professionnel spécialité services de proximité et vie locale ». À la marge de ces formations sanitaires et sociales, des formations professionnelles préparent à des professions de l'assistance médicale et de la rééducation certifiées par des diplômes de l'Éducation Nationale et des Chambres des métiers : le CAP et le « BTM Prothésiste dentaire » (70 apprentis), le « BP Préparateur en pharmacie » (111 apprentis), le « BTS Diététique » (32 étudiants) et le « BTS Opticien-lunetier » (64 étudiants)

3. La formation professionnelle continue en faveur des demandeurs d'emploi

Dans le secteur sanitaire et social, la formation professionnelle continue occupe une place significative dans l'offre de formation globale en direction des demandeurs d'emploi.

La Région, l'État et les ASSEDIC interviennent dans le cadre de leurs compétences respectives avec, pour certains dispositifs et actions de formation, des cofinancements dans le cadre de partenariats entre les différents financeurs.

Afin de prendre en compte la diversité de la demande, l'offre de formation est organisée de la manière suivante :

- « les actions qualifiantes territorialisées » mises en place sur la base d'appels publics à concurrence ouverts ou ciblés, dans le cadre du code des marchés publics. Les formations réalisées par l'AFPA, au titre du Programme d'Action Subventionné de l'État, s'inscrivent dans cette logique : qualifier les demandeurs d'emploi afin de favoriser leur insertion professionnelle. En 2005, plus de 600 ont suivi des formations pré-qualifiantes

ou qualifiantes, principalement dans le secteur de l'aide à domicile.

- « les demandes individuelles de formation » qui sont des dispositifs de formation ouverts à des publics de statuts différents (demandeurs d'emploi jeunes et adultes, salariés, artisans...) afin de leur permettre de suivre des formations adaptées à leurs attentes. Les dispositifs « formation tout au long de la vie » financés par la Région et les « Ateliers de Pédagogie Personnalisée » financés par l'État s'inscrivent dans ces logiques. Ils ont vocation à offrir à des jeunes et à des adultes des formations individualisées et un accompagnement pédagogique adapté en réponse à des projets individuels. La répartition territoriale de cette offre favorise l'accès à ce type de dispositifs. En 2005, plus de 800 personnes ont suivi des formations préparant aux concours d'entrée dans les écoles paramédicales et sociales, sur la base d'une prise en charge des coûts pédagogiques par la Région ou l'État.



B. Analyse de la demande de formation

Dans le cadre de la mise en œuvre et du pilotage du PRDFP, la demande sociale est appréhendée au travers des indicateurs suivants :

- le taux de pression qui mesure le rapport entre le nombre de décisions concernant une voie d'orientation et la capacité d'accueil,
- le taux d'attraction qui est le rapport entre le nombre de vœux n°1 exprimés pour une formation et la capacité d'accueil dans cette formation,
- le taux d'occupation qui mesure le rapport entre la capacité théorique et le nombre d'élèves inscrits.

Pour les formations sanitaires et sociales transférées à la Région, la demande de formation est le rapport entre le nombre de candidats inscrits aux concours d'entrée et la capacité d'accueil ou quotas, par formation.

Voici les indices d'attraction concernant certains diplômes :

- Bac SMS : 1,93 (en 2005, 186 vœux n°1 émis par les diplômés de « BEP carrières sanitaires et sociales » pour le Bac SMS pour seulement 96 places),
- BTS économie sociale et familiale : 5,7 (6 demandes d'entrée en formation pour 1 place),
- Diplôme d'État d'Éducateur Spécialisé : environ 1.000 candidats inscrits au concours pour une capacité d'accueil de 60 places,

- Diplôme d'État d'Assistant Social : environ 650 candidats inscrits au concours pour une capacité d'accueil de 76 places,
- Diplôme d'État d'infirmier : environ 4.719 candidats inscrits au concours pour un quota de 702,
- Diplôme Professionnel d'aide-soignant : environ 4.860 candidats inscrits (en 2005 pour la rentrée de septembre 2006, écrits et oraux confondus) dont 2.200 dans le Calvados, 1.499 dans la Manche et 1.159 dans l'Orne. On rappelle que la capacité d'accueil pour cette formation est de 614.

Globalement, les filières sanitaires et sociales bénéficient d'une forte attractivité.

Remarque : Les chiffres concernant le nombre de candidats pour « infirmier » et « aide-soignant » (les formations sanitaires en général) doivent être relativisés au regard du phénomène des multiples inscriptions des candidats. En effet, les concours d'entrée dans ces filières de formation étant départementaux, il n'est pas rare d'observer plusieurs inscriptions pour un même candidat sur le territoire régional.

C. Approche emploi-formation des professions sanitaires et sociales

Cette approche emploi-formation présente des insuffisances suivant les professions, faute de données disponibles, particulièrement pour le volet emploi.

1. Les professions sanitaires

Les professions de la filière sanitaire se répartissent en 4 catégories : les professions de soins, les professions de la rééducation, les professions de l'appareil médical et enfin les professions de l'assistance médicale et technique.

• les professions de soins :

- cadre de santé,
- sage-femme,
- puéricultrice,
- infirmier de bloc opératoire,
- infirmier anesthésiste,
- infirmier,
- auxiliaire de puériculture,
- aide-soignant.

• les professions de la rééducation :

- masseur-kinésithérapeute,
- ergothérapeute*,
- orthophoniste,
- pédicure-podologue*,
- psychomotricien*,
- diététicien,
- orthoptiste*.

• les professions de l'appareil médical :

- opticien-lunetier,
- audioprothésiste*.

• les professions de l'assistance médicale et technique :

- manipulateur d'électroradiologie médicale,
- technicien de laboratoire*,
- préparateur en pharmacie,
- ambulancier.

(*) Ces professions ne sont pas préparées en Basse-Normandie

▶ Cadre de santé

La formation :

- **Qualification** : Diplôme d'État (niveau II)
- **Tutelle** : Ministère de la Santé
- **Durée de la formation** : 42 semaines (24 semaines d'enseignements théoriques, 2 de travail personnel et de recherche et 15 de stages pratiques)
- **Effectif** : 30
- **Modalités** : Accès par la voie de la formation continue
- **L'offre de formation en Basse-Normandie** : une formation ouverte (C.H.U. de Caen)
- **État des lieux** : 77% des inscrits sont des femmes, 83% de ces inscrits sont âgés de 27 ans ou plus et 96% occupaient, au cours des 12 derniers mois précédents l'entrée en formation, un emploi dans le secteur hospitalier.



► Sage-femme

La formation

- **Qualification** : Diplôme d'État (niveau III)
- **Tutelle** : Ministère de la Santé
- **Durée de la formation** : 5 ans (dont la 1ère année en premier cycle des études médicales)
- **Quota annuel** : 23 places
- **Modalités** : Entrée subordonnée au classement en rang utile à l'issue des épreuves de l'examen organisé en fin de 1ère année du premier cycle des études médicales
- **L'offre de formation en Basse-Normandie** : En 2004 : une formation ouverte - 89 inscrits dont 91% âgés entre 19 et 20 ans. (CHU de Caen).

L'emploi

- **Effectifs des professionnels** : 427 en 2004 dont 60 libéraux (407 en 2003 et 388 en 2002)
- **Structures** : au 31 décembre 2004, 84% des professionnels étaient rattachés à un établissement public de santé, 10% à un établissement privé non PSHP.
- **Caractéristiques** : au 31 décembre 2004, 99,5% des professionnels étaient des femmes - 44% (184) de l'ensemble de ces professionnels étaient âgés de moins de 40 ans, 34% (144) entre 40 et 49 ans, 20% (84) entre 50 et 59 ans et 3% (15) de plus de 60 ans.
- **Localisation de l'emploi** : Caen-Bayeux (42%), Lisieux (11%), Vire (2%), Cherbourg, (12%), Saint-Lô (7%), Avranches-Granville (7%), Coutances (3%), Flers (6%), Alençon-Argentan (8%) et l'Aigle-Mortagne-au-Perche (2%).

► Puéricultrice

La formation :

- **Qualification** : Diplôme d'État (niveau III)
- **Tutelle** : Ministère de la santé
- **Durée de la formation** : 12 mois
- **Effectif** : 22 places
- **Modalités** : Être titulaire d'un diplôme d'État d'infirmier ou de sage femme
- **L'offre de formation en Basse-Normandie** : En 2004 : une formation ouverte – 56% des inscrits étaient âgés de 27 ans ou plus et 69% occupaient un emploi dans le secteur hospitalier (C.H.U. de Caen)

▶ Infirmier de bloc opératoire

La formation

- **Qualification** : Diplôme d'État (niveau III)
- **Tutelle** : Ministère de la Santé
- **Durée de la formation** : 18 mois (formations théoriques de 29 semaines, formation clinique de 39 semaines et 4 heures de mise en situation professionnelle)
- **Effectif** : 20
- **Modalités** : Ouverte aux candidats titulaires d'un diplôme, d'un certificat ou titre permettant d'exercer dans la profession d'infirmier ou dans celle de sage-femme et justifiant d'une expérience de deux ans – 69% de taux de réussite.
- **L'offre de formation en Basse-Normandie** : En 2004 : une formation ouverte (CHU de Caen) – 21 inscrits en 2004.

▶ Infirmier anesthésiste

La formation

- **Qualification** : Diplôme d'État (niveau III)
- **Tutelle** : Ministère de la Santé
- **Durée de la formation** : 24 mois (700 heures d'enseignements théoriques, 70 semaines de stages et 4 semaines de travail personnel)
- **Effectif** : 17
- **Modalités** : Ouverte aux candidats titulaires d'un diplôme, d'un certificat ou titre permettant l'exercice de la profession d'infirmier ou de celle de sage-femme et justifiant de deux années d'exercice dans ces professions.
- **L'offre de formation en Basse-Normandie** : En 2004 : une formation ouverte (CHU de Caen) - 31 inscrits en 2004 dont 35% âgés entre 27 et 31 ans et 18% entre 32 et 36 ans.

▶ **Infirmier****La formation (année de référence 2004)**

- **Qualification** : Diplôme d'État (niveau III)
- **Tutelle** : Ministère de la Santé
- **Durée de la formation** : 37 mois et demi
- **Quota annuel** : 702
- **Conditions d'accès** : Recrutement des élèves sur concours ouvert à tout candidat âgé de 17 ans au moins, titulaires d'un bac ou équivalent, ou tout candidat justifiant d'une expérience professionnelle de 3 ans au moins d'aide soignant, d'auxiliaire de puériculture ou d'AMP, ou ayant réussi les épreuves du jury de validation des acquis.
- **L'offre de formation en Basse-Normandie** : En 2004 : 10 formations ouvertes (Calvados : 4 ; Manche : 3 ; Orne : 3)
- **État des lieux** : 1.962 étudiants sont inscrits dans les IFSI en 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} année. 83% des inscrits sont des bacheliers ou équivalents : 24% des candidats sont titulaires d'un Bac SMS, 21% d'un Bac S et 15% d'un Bac ES. 29% des inscrits étaient, l'année précédant leur entrée en formation, en études secondaires ; 29% étaient inscrits en classes préparatoires à l'entrée dans la formation et 24% occupaient un emploi dans le secteur hospitalier ou dans un autre secteur. 67% des candidats sont originaires de la région, 20% des régions limitrophes, 11% d'autres régions françaises et 0,2% de l'étranger. Sur les effectifs inscrits, 78% sont originaires de la région, 18% des régions limitrophes, 4% d'autres régions françaises. 44 ruptures en cours de formation ont été constatées en 1^{ère} année, 28 en 2^{ème} année et 8 en 3^{ème} année. 52% des ruptures en cours de formation sont dues à des démissions, 10% à des exclusions, 15% à des mutations dans d'autres IFSI et 22% à des suspensions de formation. 84% des redoublements sont dus à des insuffisances théoriques, 4% à des insuffisances techniques et 4% à des insuffisances techniques et théoriques. 29 élèves sont entrés en cours de formation dont 65% pour intégration et 35% pour réintégration. 48% des élèves admis sont issus de familles d'ouvriers et 86% des inscrits sont des femmes. 60% des inscrits ont entre 17 et 20 ans. La plupart des élèves n'ont bénéficié d'aucune prise en charge financière. Environ 50% des nouveaux diplômés choisissent de s'installer en région, 25% dans une autre région et les 2% restants n'ont pas répondu à l'enquête d'insertion.

L'emploi (année de référence 2004)

- **Effectifs des professionnels** : 9.458 professionnels en 2004 dont 1.400 libéraux ; 9.041 en 2003 et 8.742 en 2002 (toutes spécialités, infirmiers psy. non compris)
- **Structures** : 70% des professionnels sont rattachés à un établissement public de santé, 10% à un établissement privé, 3% à un centre de santé, 1% à une entreprise d'intérim, 0,8% à la prévention et aux soins en entreprise, 1% à la santé scolaire et universitaire, 1% à un établissement pour handicapés, 4% à un établissement pour personnes âgées...
- **Caractéristiques** : 90% des professionnels sont des femmes. Sur l'ensemble de ces professionnels, 43% (4.104) sont âgés de moins de 40 ans, 32% (2.998) ont entre 40 et 49 ans, 21% (1.961) entre 50 et 59 ans et 5% (395) plus de 60 ans. La densité régionale d'infirmiers est de 685 pour 100.000 habitants (égale à la moyenne nationale). En 2004, les établissements de santé de la région ont recruté 785 infirmiers dont 70% après sortie directe de formation et 30% après expérience professionnelle. La moitié des infirmiers recrutés en sortie directe après formation ont été formés en dehors de la région. Le taux de postes non pourvus dans la profession est de 2% (étude Promofaf) et les besoins en recrutement se situent essentiellement dans le secteur des personnes âgées.
- **Localisation de l'emploi** : Caen-Bayeux (39%), Lisieux (8%), Vire (3%), Cherbourg (11%), Saint-Lô (7%), Avranches-Granville (10%), Coutances (3%), Flers (8%), Alençon-Argentan (8%) et l'Aigle-Mortagne-au-Perche (4%).

▶ Auxiliaire de puériculture

La formation

- **Qualification** : Diplôme Professionnel de niveau V
- **Tutelle** : Ministère de la Santé
- **Durée de la formation** : 1 an, dont 27 semaines de stage
- **Capacité d'accueil** : 25
- **Modalités** : Aucune condition de diplôme n'est requise. Les titulaires du « BEP carrières sanitaires et sociales » et du « BEPA services aux personnes » sont dispensés de l'épreuve écrite.
- **VAE** : Accessible par la VAE depuis le 25 janvier 2005
- **L'offre de formation en Basse-Normandie** : Une formation ouverte (IRFS d'Alençon)

▶ Aide-soignant

La formation

- **Qualification** : Diplôme professionnel (niveau V)
- **Tutelle** : Ministère de la Santé
- **Durée de la formation** : 10 mois (17 semaines d'enseignement théorique et 24 semaines de stages)
- **Capacités d'accueil** : 619
- **L'offre de formation en Basse-Normandie** : 21 formations ouvertes (9 dans le Calvados, 6 dans la Manche et 6 dans l'Orne)
- **Modalité** : Aucune condition de diplôme n'est requise. Les titulaires du « BEP carrières sanitaires et sociales » et du « BEP services aux personnes » sont dispensés de l'épreuve écrite.
- **VAE** : Accessible par la VAE depuis le 25 janvier 2005. 600 candidats déclarés recevables en 2005.
- **État des lieux** (année de référence 2004) :
 - 94% des 615 élèves inscrits sont des femmes.
 - 31% sont titulaires d'un « BEP carrières sanitaires et sociales », 40% sont titulaires d'un autre diplôme de niveau V ou ont un niveau fin de terminale, 24% sont titulaires du Bac (Bac SMS, STT, BAC PRO) ou équivalent et 5% ont un niveau supérieur au Bac.
 - 50% des inscrits étaient âgés de 27 ans ou plus.
 - Plus de 50% des inscrits sont issus des C.S.P. « ouvriers/employés ».
 - Le taux de réussite au diplôme est de 96%.
 - Sur un total de 615 inscrits, 230 occupaient un emploi dans le secteur hospitalier (37%), 121 dans un autre secteur et 90 étaient demandeurs d'emploi

L'emploi

- **Effectifs des professionnels** : 10.075 (R.G.P. 99)

▶ Masseur-kinésithérapeute

La formation

- **Qualification** : Diplôme d'État (niveau III)
- **Tutelle** : Ministère de la Santé
- **Durée de la formation** : 3 ans (1.012 heures d'enseignements théoriques, 848 heures de travaux dirigés et 1.205 heures de stages pratiques)
- **Quota annuel** : 40
- **Modalités** : Ouverte aux candidats âgés d'au moins 17 ans, titulaire du Bac ou équivalent ou d'une expérience professionnelle de 5 ans
- **L'offre de formation en Basse-Normandie** : Une formation ouverte sous statut privé - 74 inscrits en 2004 dont 89% titulaires d'un Bac S. 66 inscrits ont entre 19 et 20 ans.

L'emploi

- **Effectifs des professionnels** : 1.010 professionnels en 2004 dont 734 libéraux ; 993 en 2003 et 962 en 2002.
- **Structures** : Au 31 décembre 2004, 43% des professionnels étaient rattachés à un établissement public de santé, 36% à un établissement privé PSPH, 12% à un établissement pour handicapés...
- **Caractéristiques** : Au 31 décembre 2004, 58% des professionnels étaient des hommes-sur l'ensemble des professionnels, 42% (415) étaient âgés de moins de 40 ans, 25% (253) entre 40 et 49 ans, 24% (239) entre 50 et 59 ans et 10% (103) de plus de 60 ans.
- **Localisation de l'emploi** : Caen-Bayeux (36%), Lisieux (9%), Vire 2%), Cherbourg, (13%), Saint-Lô (4%), Avranches-Granville (14%), Coutances (4%), Flers (8%), Alençon-Argentan (5%) et l'Aigle-Mortagne-au-Perche (4%).

▶ Orthophoniste

La formation

- **Qualification** : Certificat de capacité (niveau III)
- **Tutelle** : Ministère de l'Éducation Nationale
- **Durée de la formation** : 3 ans
- **Quota annuel** : 20
- **Modalités** : Ouverts aux candidats titulaires d'un BAC ou équivalent
- **L'offre de formation en Basse-Normandie** : Une école à l'UFR de Médecine de l'Université de Caen Basse-Normandie, ouverte en 2006

L'emploi :

- **Effectifs des professionnels** : 240 professionnels en 2004 (222 en 2003 et 212 en 2002)
- **Structures** : 60% des professionnels rattachés à un établissement pour handicapés
- **Caractéristiques** : Au 31 décembre 2004, 43% des professionnels étaient âgés de moins de 40 ans, 29% entre 40 et 49 ans, 25% entre 50 et 59 ans et 3% de plus de 60 ans
- **Localisation de l'emploi** : Caen-Bayeux (48%)

▶ Manipulateur d'ERM

La formation

- **Qualification** : Diplôme d'État (niveau III)
- **Tutelle** : Ministère de la Santé
- **Durée de la formation** : 3 ans (1.550 heures d'enseignements théoriques et 2.894 heures de stages)
- **Quota annuel** : 25
- **Modalités** : Ouverte aux candidats âgés d'au moins 17 ans, titulaire du Bac ou équivalent ou d'une expérience professionnelle de 5 ans.
- **L'offre de formation en Basse-Normandie** : Une formation ouverte (CHU de Caen)
- **État des lieux** : 73 inscrits en 2004 dont 59% de femmes et 80% âgés entre 18 et 20 ans.

L'emploi

- **Effectifs des professionnels** : 543 professionnels en 2004 (525 en 2003 et 512 en 2002)
- **Structures** : Au 31 décembre 2004, 62% des professionnels étaient rattachés à un établissement public de santé, 10% à un établissement privé PSHP, 16% à un cabinet de groupe.
- **Caractéristiques** : Au 31 décembre 2004, 72% des professionnels étaient des femmes-sur l'ensemble des professionnels, 42% (229) étaient âgés de moins de 40 ans, 30% (164) entre 40 et 49 ans, 23% (123) entre 50 et 59 ans et 5% (27) de plus de 60 ans.
- **Localisation de l'emploi** : 60% dans le calvados, 23% dans la Manche, 17% dans l'Orne.

▶ Ambulancier

La formation

- **Qualification** : Certificat de capacité (niveau V)
- **Tutelle** : Ministère de la Santé
- **Durée de la formation** : 4 mois
- **Capacité d'accueil** : 40 places, 2 sessions par an
- **Modalités** : Ouvert aux candidats âgés d'au moins 18 ans titulaires du permis B assorti de la mention ambulance. La formation se décompose en enseignements théoriques de 160 heures et en enseignements pratiques (24 demi-journées de stages et 26 demi-journées chez un transporteur sanitaire habilité). La convention collective des ambulanciers impose de nouvelles obligations de formation. Les équipages des ambulances devront progressivement comprendre deux personnes diplômées à partir de 2008. Il s'agirait d'un ambulancier et d'un auxiliaire ambulancier. Le certificat de capacité d'ambulancier devient Diplôme d'État (18 semaines/630 heures). L'auxiliaire ambulancier doit recevoir 70 heures de formation. Aussi, il conviendrait de prévoir une organisation spécifique pour la période de transition en liaison avec les acteurs du secteur (chefs d'entreprise, organismes de formation spécialisés...).
- **L'offre de formation en Basse-Normandie** : En 2004 : 1 formation ouverte (CHU de Caen)

▶ ▶ ▶ ANALYSE DE L'OFFRE DE FORMATION ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

2. Les professions sociales

Les professions sociales sont les suivantes :

- auxiliaire de vie sociale,
- aide médico-psychologique,
- moniteur éducateur,
- technicien de l'intervention sociale et familiale,
- éducateur technique spécialisé,
- éducateur de jeunes enfants,
- éducateur spécialisé,
- assistant de service social,
- conseiller en économie sociale et familiale,
- médiateur familial,
- cadre et responsable d'unité d'intervention sociale,
- directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale.

▶ Auxiliaire de vie sociale

La formation

- **Qualification** : Diplôme d'État (niveau V)
- **Tutelle** : Ministère chargé des Affaires Sociales
- **Durée de la formation** : de 9 à 36 mois
- **Capacités d'accueil** : 20
- **L'offre de formation en Basse-Normandie** : En Basse-Normandie, l'offre de formation est assurée l'IRFS à Alençon, l'IRTS à Hérouville Saint-Clair et le GRETA des Estuaires à Coutances
- **État des lieux** : Lors de l'accès à la formation, 61% des nouveaux inscrits avaient un niveau d'études ou un diplôme équivalent à un « BEP Carrières sanitaires et sociales » ou un autre BEP, CAP, BEPC tandis que 32,5% avaient un niveau fin de terminale ou Bac. En 2004, le taux de réussite au diplôme était de 97%.
- **VAE** : Accessible à la VAE depuis janvier 2003

▶ Aide médico-psychologique

La formation

- **Qualification** : Diplôme d'État (niveau V)
- **Tutelle** : Ministère chargé des Affaires Sociales
- **Durée de la formation** : De 6 mois à 2 ans
- **Capacités d'accueil** : Formation accessible par la voie de la formation initiale en 2006
- **L'offre de formation en Basse-Normandie** : 2 structures (le CEPSSS d'Alençon et l'IRTS d'Hérouville-Saint-Clair) agréées par la DRASS, pour la formation continue
- **VAE** : Accessible à la VAE depuis mars 2006
- **État des lieux** : 65% des inscrits en 2004 avaient soit le diplôme soit le niveau équivalent au BEP Carrières sanitaires et sociales ou autres BEP, CAP et BEPC. Le taux de réussite au diplôme était de 96%

L'emploi

- **Structures** : Plus de 66% exercent dans des établissements et services pour adultes handicapés

▶ **Moniteur éducateur**

La formation

- **Qualification** : Diplôme d'État (niveau IV)
- **Tutelle** : Ministère de l'Éducation Nationale
- **Durée de la formation** : 2 ans
- **Capacités d'accueil** : 30
- **Modalités** : Aucun diplôme n'est exigé pour accéder à la formation.
- **L'offre de formation en Basse-Normandie** : 1 formation ouverte (l'IRTS d'Hérouville Saint-Clair)

L'emploi

- **Structures** : 58% exercent dans des établissements et services pour enfants et adultes handicapés
- **Caractéristiques** : 136 départs à la retraite d'ici à 2012

▶ **Technicien de l'intervention sociale et familiale**

La formation

- **Qualification** : Diplôme d'État (niveau IV)
- **Tutelle** : Ministère chargé des Affaires Sociales
- **Durée de la formation** : 18 à 24 mois
- **Capacités d'accueil** : 15
- **Modalités** : Aucun diplôme n'est exigé pour accéder à la formation
- **L'offre de formation en Basse-Normandie** : Une formation ouverte : une année à l'IRTS / une année à l'IFSS

▶ **Éducateur technique spécialisé**

La formation

- **Qualification** : Diplôme d'État (niveau III)
- **Tutelle** : Ministère chargé des Affaires Sociales • **Délivrance du diplôme** : Ministère de l'Éducation Nationale
- **Durée de la formation** : 3 ans
- **Capacités d'accueil** : 12
- **Modalités** : Pour accéder au Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Éducateurs Techniques Spécialisés (CAFETS), le candidat doit justifier d'au moins un CAP ou d'un BEP et de 5 ans d'expérience professionnelle – accessible par la VAE depuis le 23 novembre 2004
- **L'offre de formation en Basse-Normandie** : 1 formation ouverte (IRTS d'Hérouville-Saint-Clair)
- **VAE** : Ouvert à la VAE depuis novembre 2005

L'emploi

- **Structures** : Plus de 55% exercent dans des établissements et services pour enfants et adultes handicapés
- **Caractéristiques** : 71 départs à la retraite d'ici à 2012

▶ Éducateur spécialisé

La formation

- **Qualification** : Diplôme d'État (niveau III)
- **Tutelle** : Ministère chargé des Affaires Sociales • **Délivrance du diplôme** : Ministère de l'Éducation Nationale
- **Durée de la formation** : 3 ans
- **Capacité d'accueil** : 60, plus 4 places en apprentissage
- **Modalités** : Pour être admis au diplôme, le candidat doit être titulaire du Bac, de l'un des examens d'entrée à l'université, d'un diplôme d'État de travail social ou paramédical sanctionnant une formation professionnelle de 2 ans, d'un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique et avoir exercé 5 ans dans l'emploi correspondant, sinon le candidat doit réussir un examen de niveau organisé par la DRASS
- **L'offre de formation en Basse-Normandie** : Une formation ouverte (IRTS)
- **VAE** : Ouvert à la VAE depuis mars 2004
- **État des lieux** : Les effectifs inscrits dans cette filière représentent 9% des effectifs globaux des filières de formations sociales bas-normandes. 30% des personnes formées dans la région choisissent de s'installer en dehors de la Basse-Normandie

L'emploi

- **Effectifs des professionnels** : 3.415 (RGP 99)
- **Structures** : Plus de 55% exercent dans des établissements et services pour enfants et adultes handicapés.
- **Caractéristiques** : Les 20-24 ans représentaient 1,3% des effectifs de professionnels, 67% pour les 25-49 ans et 32% pour les plus de 50 ans. Le taux de « faisant fonction » dans la profession était, en 1999, de 8%. Les besoins de recrutement dans la profession semblent se situer dans le secteur de l'enfance et de l'adolescence en difficulté mais aussi dans celui des familles en difficulté. D'ici à 2009, 124 éducateurs spécialisés en Basse-Normandie partiront à la retraite

▶ Assistant en service social

La formation

- **Qualification** : Diplôme d'État (niveau III)
- **Tutelle** : Ministère chargé des Affaires Sociales
- **Durée de la formation** : 3 ans (1.740 heures d'enseignements théoriques et 12 mois de stage)
- **Capacités d'accueil** : 76
- **Modalités** : Ouvert aux candidats titulaires du Bac ou ayant réussi à l'examen de la DRASS pour les non-bacheliers âgés de 24 ans au moins ou âgés de 20 ans et justifiant de 24 mois d'activité professionnelle
- **L'offre de formation en Basse-Normandie** : 2 formations ouvertes (IRTS d'Hérouville Saint-Clair et IRFS d'Alençon)
- **VAE** : Ouvert à la VAE depuis juin 2004
- **État des lieux** : 87% de taux de réussite en 2004 – 78% des nouveaux inscrits en 2004 étaient titulaires d'un Bac ou d'un niveau Bac- 40% des diplômés de la région choisissent de s'installer en dehors de la Basse-Normandie

L'emploi

- **Structures** : Plus de 40% exercent dans les Conseils généraux
- **Caractéristiques** : D'ici à 2012, 231 professionnels partiront à la retraite

▶ Conseiller en économie sociale et familiale

La formation

- **Qualification** : Diplôme d'État (niveau III)
- **Tutelle** : Ministère de l'Éducation Nationale
- **Durée de la formation** : La formation dure 3 ans et se déroule en 2 temps : la préparation du « BTS en économie sociale et familiale » et la préparation du « Diplôme d'État de conseiller en économie sociale et familiale »
- **Capacités d'accueil** : 16
- **Modalités** : Pour être admis, il faut être titulaire du « BTS en économie sociale et familiale »
- **L'offre de formation en Basse-Normandie** : 1 offre de formation

L'emploi

- **Structures** : 15% exercent dans les Conseils généraux et 24% dans les communes
- **Caractéristiques** : 29 départs à la retraite d'ici à 2012

▶ Médiateur familial

La formation

- **Qualification** : Diplôme d'État (niveau II)
- **Tutelle** : Ministère chargé des Affaires Sociales
- **Durée de la formation** : 570 heures, en discontinu, sur une période maximale de 3 ans
- **Effectif** : 15
- **Modalités** : Le candidat au diplôme doit être titulaire soit d'un diplôme de travail social, de professions paramédicales ou de d'auxiliaire médicaux, soit 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 justifier de trois ans d'expérience professionnelle dans le champs de l'accompagnement familial, social, sanitaire, juridique, éducatif ou psychologique, accessible par la VAE depuis le 2 décembre 2005
- **L'offre de formation en Basse-Normandie** : 1 formation ouverte (IRTS d'Hérouville Saint-Clair)
- **VAE** : Accessible par la VAE depuis décembre 2003

3. Données sur l'emploi et perspectives d'évolution dans le secteur sanitaire et social en Basse-Normandie

3.1. Contexte global

3.1.1. Le secteur de la santé

Selon l'étude en cours intitulée « portrait de familles de métiers²² », le secteur de la santé regroupait, en 1999, 33.124 professionnels (dont 80% de salariés) et celui des services sociaux et de proximité, 29299 professionnels, soit près de **62.420 personnes au total** (13% de l'emploi régional global). Si l'on prend en compte des secteurs connexes, on a recensé en 1999, 4.088 professionnels exerçant dans les activités socioculturelles et sportives et 6.805 professionnels dans le secteur de la coiffure, de l'esthétique et des services aux personnes.

Il convient de préciser ici les subdivisions adoptées par la nomenclature des domaines professionnels (DP) et les professions auxquelles chaque intitulé de métier renvoie.

Dans le secteur de la santé, on a les subdivisions suivantes :

- dans l'intitulé « Aides-soignants », on retrouve les aides-soignants (de la fonction publique ou du secteur privé), les assistants médicaux, dentaires, vétérinaires et aides de techniciens médicaux, les auxiliaires de puériculture et les aides médico-psychologiques
- dans « Infirmiers et Sages-femmes », on retrouve les cadres infirmiers et assimilés, les infirmiers psychiatriques, les puéricultrices, les infirmiers spécialisés (autres qu'infirmiers psychiatriques et puéricultrices), les infirmiers en soins généraux, les infirmiers libéraux et les sages-femmes (libérales ou salariés)
- dans « Médecins et assimilés », on retrouve les médecins libéraux spécialistes, les médecins libéraux généralistes, les médecins hospitaliers sans activités libérales, les médecins salariés non hospitaliers, les internes en médecine, odontologie et pharmacie, les chirurgiens dentistes (libéraux et salariés), les vétérinaires (libéraux et salariés) et les pharmaciens (libéraux et salariés)
- dans « Techniciens médicaux et préparateurs », on retrouve les techniciens médicaux et les préparateurs en pharmacie
- dans « Spécialistes de l'appareillage médical », on retrouve les opticiens-lunetiers, les audioprothésistes

(indépendants et salariés) et les autres spécialistes de l'appareillage médical (indépendants et salariés)

- Et enfin, dans les autres professions paramédicales, « Psychologues et Psychothérapeutes », on retrouve les masseurs-kinésithérapeutes, les autres spécialistes de la rééducation libéraux ou salariés et les psychologues, psychanalystes, psychothérapeutes (non médecins).

Dans le secteur social, on a les subdivisions suivantes :

- les « Employés de maisons » regroupent les employés de maison et les personnels de ménage chez les particuliers
- les « Assistantes maternelles » regroupent les assistantes maternelles, les aides à domicile, les aides ménagères, les travailleuses familiales, les gardiennes d'enfants et les familles d'accueil
- les « Professionnels de l'orientation et de l'action sociale » regroupent les psychologues spécialistes de l'orientation scolaire et professionnelle, les assistants de service social et les conseillers en économie sociale et familiale
- les « Éducateurs spécialisés » regroupent les cadres de l'intervention socio-éducative, les éducateurs spécialisés, les moniteurs éducateurs, les éducateurs techniques spécialisés, les moniteurs d'ateliers et les éducateurs de jeunes enfants.

La répartition des 33.124 professionnels de la santé que comptait la Basse-Normandie en 1999 est la suivante : 10.075 aides-soignants, 10.172 infirmiers et sages-femmes, 6.971 médecins et assimilés, 2.898 techniciens médicaux et préparateurs, 749 spécialistes de l'appareillage médical et 2.259 autres professionnels paramédicaux, psychologues et psychothérapeutes.

Concernant l'évolution de l'emploi, on observe qu'entre 1990 et 1999, le secteur de la santé a vu ses effectifs croître de 27.540 professionnels à 33.124 (+20.3%), soit une croissance annuelle moyenne de 2.1% (durant la même période, l'emploi global dans la région est resté quasiment stable). Durant la même période, les effectifs des aides-soignants sont passés de 7.796 à 10.075 (+29.2%, soit une croissance annuelle de 2.9%), ceux des infirmiers et sages-femmes, de 8.724 à 10.172 (+16.6%, soit une croissance annuelle de 1.7%). Les médecins et assimilés sont quant à eux passés de 6.424

²² Portrait de familles de métiers : l'emploi, les caractéristiques des actifs, le chômage et les formations pour 32 domaines professionnels - ERREFOM (Données INSEE de 1999)

professionnels à 6.971 (+8.5%, soit une croissance moyenne annuelle de 0.9%), les techniciens médicaux et préparateurs sont passés de 2.236 à 2.898 (+29.6%, soit une croissance moyenne annuelle de 2.9%). Enfin, les spécialistes de l'appareillage médical ont vu leurs effectifs passés de 560 professionnels à 749 (+33.8%, soit une croissance moyenne annuelle de 3.3%) tandis qu'au même moment, les « autres professionnels paramédicaux, psychologues et psychothérapeutes » sont passés de 1.800 à 2.259 (+25.5%, soit une croissance annuelle moyenne de 2.6%).

L'étude de la structure des âges dans le secteur de la santé (en 1999) nous apporte les indications suivantes : la part des moins de 25 ans dans l'ensemble du secteur était de 4.9% (9.3% pour l'emploi global en Basse-Normandie) alors que celle des plus de 50 ans était de 17.4% (19.2% pour l'emploi global). Par extrapolation, on observe ainsi que près de 80% des professionnels de santé étaient âgés entre 25 et 40 ans (contre 71% pour l'emploi global). L'analyse par profession est la suivante : aides-soignants (moins de 25 ans : 5% ; plus de 50 ans : 15.4%), infirmiers et sages-femmes (moins de 25 ans : 3% ; plus de 50 ans : 15.8%), médecins et assimilés (moins de 25 ans : 5.7% ; plus de 50 ans : 22.5%), techniciens médicaux et paramédicaux (moins de 25 ans : 8.3% ; plus de 50 ans : 13.6%), spécialistes de l'appareillage médical (moins de 25 ans : 12.3% ; plus de 50 ans : 16%) et les autres professionnels paramédicaux, psychologues et psychothérapeutes (moins de 25 ans : 3.8% ; plus de 50 ans : 23.5%).

3.1.2. Le secteur des services sociaux et de proximité

La même méthodologie et les mêmes indicateurs appliqués au secteur social (services sociaux et de proximité) permettent de dresser le tableau suivant.

Selon les données de 1999, le secteur des services sociaux et de proximité comptait 29.299 professionnels (la totalité était salariée), soit 5.5% de l'emploi global régional. Ces professionnels se répartissaient comme suit : 7.047 employés de maison, 17.231 assistants maternels, 1.606 professionnels de l'orientation et de l'action sociale et 3.415 éducateurs spécialisés.

Avec 18.228 emplois en 1990 et 29.299 en 1999, le secteur a connu une croissance de l'emploi de 60.7% (soit 5.4% de croissance moyenne annuelle). Les effectifs des employés de maison sont passés de 5.732 à 7.047 (+22.9%, soit 2.3% de croissance annuelle), ceux des

assistants maternels sont passés de 8.304 à 17.231 (+107.5%, 8.4% de croissance annuelle). Les professionnels de l'orientation et de l'action sociale sont passés de 1.056 à 1.606 (+52.1%, soit 4.8% de croissance annuelle moyenne) et les éducateurs spécialisés, de 3.136 à 3.145 (+8.9%, soit 1% de croissance annuelle). La structure des âges dans ce secteur était, en 1999, la suivante : chez les employés de maison, 11.8% étaient âgés de moins de 25 ans et 29.2% de plus de 50 ans. Les mêmes taux étaient respectivement de 7.6% et 24.7% chez les assistants maternels, 3.8% et 17.9% chez les professionnels de l'orientation et de l'action sociale et 5.3% et 21% chez les éducateurs spécialisés.

3.2. Quelques données de projection

Outre ces indications, une étude²³ de la DRTEFP établit le constat suivant pour la région Basse-Normandie, d'ici à 2010 :

- apparition de difficultés de recrutement dans certains secteurs d'activité,
- le secteur tertiaire connaîtra un fort dynamisme,
- dans ce contexte, l'emploi dans le secteur sanitaire et social sera marqué par une croissance de 1 à 6% par an avec notamment une forte croissance dans le domaine de la santé, de l'action sociale, culturelle et sportive,
- l'offre d'emplois pour les professions de l'action sociale, culturelle et sportive devrait croître de 7,5% et de 8% pour les Infirmiers et les Sages-femmes.

Par ailleurs, on observe que :

- entre 1999 et 2003, les effectifs salariés dans le secteur de la santé et de l'action sociale ont connu une progression de 6%,
- la répartition territoriale de cette hausse montre que le département du Calvados a connu la plus forte hausse avec 10% d'augmentation de ses effectifs salariés tandis que la Manche et l'Orne ont vu leurs effectifs salariés progresser respectivement de 1,8% et de 6%,
- 75% des effectifs sont constitués de femmes,
- par ailleurs, 16% de ses effectifs sont âgés de moins de 30 ans, 2% de plus de 55 ans et 24% sont en temps partiel.

²³ « L'emploi par profession en 2010 » - DRTEFP Basse-Normandie

²⁴ « Les perspectives et besoins de formation dans le secteur des services en Basse-Normandie » - CESR



ANALYSE DE L'OFFRE DE FORMATION ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

Dans une autre étude réalisée par le Conseil Économique et Social Régional (CESR) de Basse-Normandie²⁴, on observe les tendances suivantes :

- croissance des besoins en infirmiers spécialisés et en cadres infirmiers,
- diminution des perspectives en emplois dans le secteur hospitalier pour les Aides-soignants,
- augmentation des perspectives en emplois pour les professions liées à l'aide à domicile et aux structures d'accueil des personnes âgées,
- par ailleurs, il existe des risques d'apparition de tensions de recrutement dans la profession d'infirmier en soins généraux,
- les métiers de l'aide à domicile et de l'accueil de la petite enfance connaîtront une forte croissance.

Les départs à la retraite représentent un enjeu majeur pour le Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales :

- selon les données de l'ARH, les départs à la retraite dans le secteur sanitaire public ont concerné 562

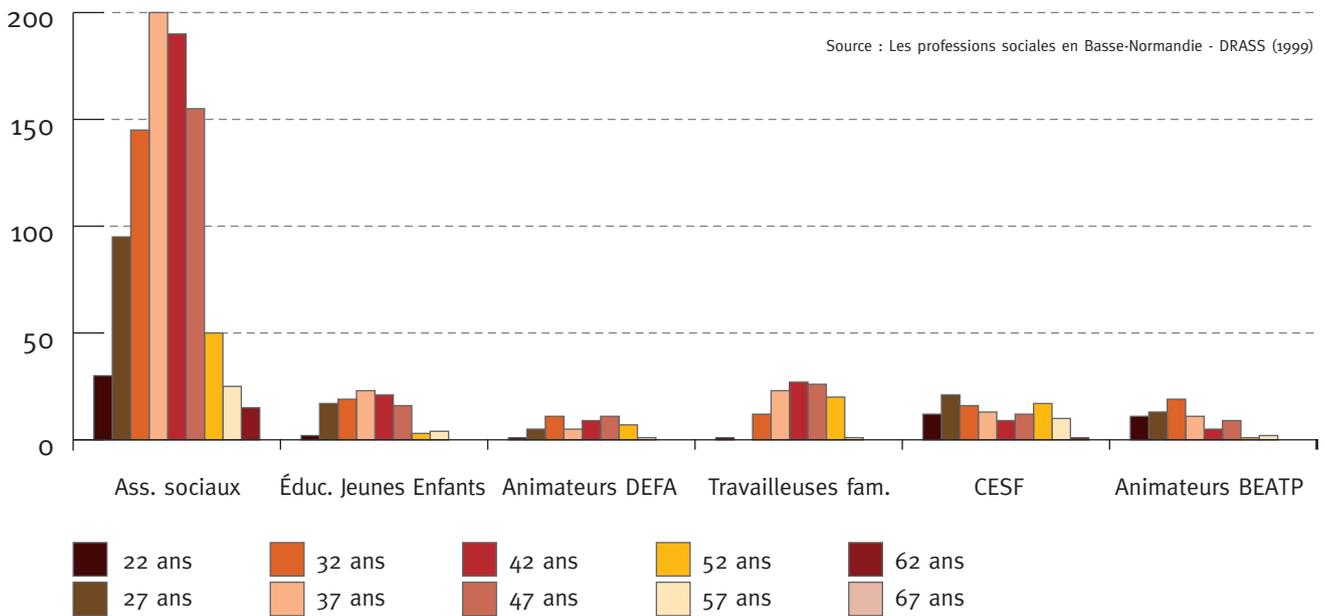
personnes en 2005 (dont 45 PSHP), soit un total de 2.340 professionnels,

- en 2006, 809 professionnels du secteur sanitaire public partiront à la retraite, 758 en 2007 et 773 en 2008,
- 108 Infirmiers diplômés d'État spécialisés et 8% des Infirmiers diplômés d'État non spécialisés sont partis à la retraite en 2005,
- en 2006, ce sont 173 Infirmiers diplômés d'État non spécialisés (3%) et 20 Infirmiers diplômés d'État spécialisés qui partiront à la retraite,
- en 2008, 199 départs à la retraite pour les Infirmiers diplômés d'État non spécialisés (4%) et 29 pour les Infirmiers diplômés d'État spécialisés,
- enfin, il faut noter que 3% des effectifs d'aide-soignant sont partis à la retraite en 2005 (4% partiront en 2006, 3% en 2007 et 3% en 2008).

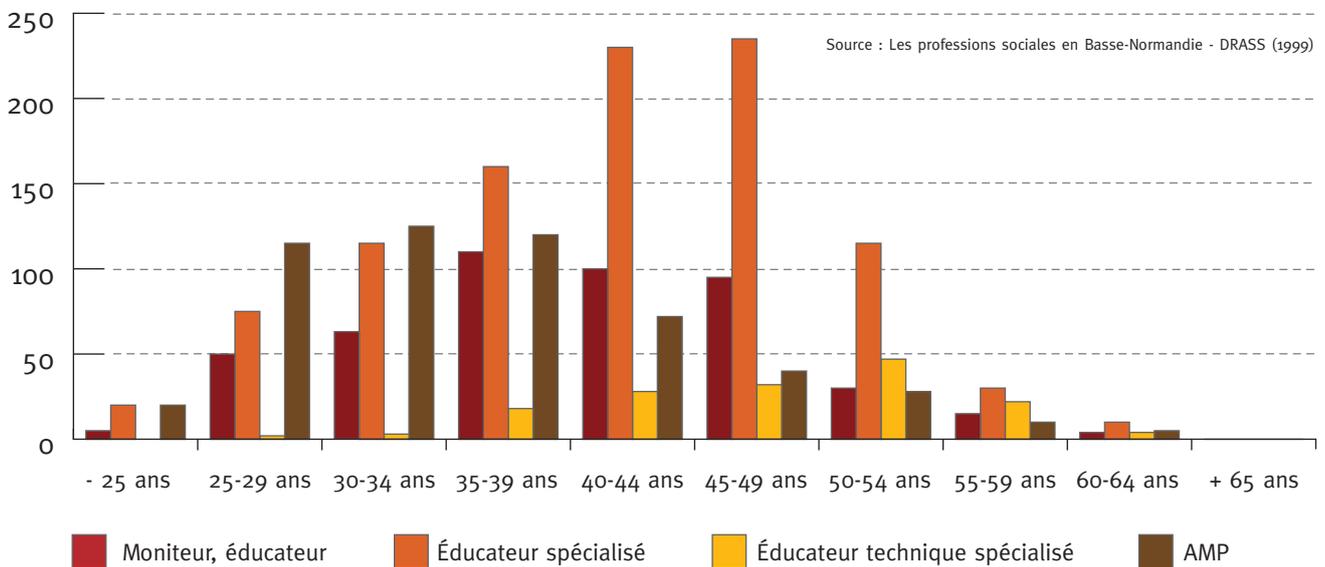
À partir de **l'enquête sur les professions sociales en Basse-Normandie (1999)** de la DRASS, il est possible de compléter le tableau dressé ci-haut par les indicateurs suivants :

• La pyramide des âges par profession

Répartition par âge des effectifs des professionnels de l'action sociale en Basse-Normandie (en 1999)



Répartition par âge des effectifs des professionnels de l'action sociale en Basse-Normandie (en 1999)



▶ ▶ ▶ ANALYSE DE L'OFFRE DE FORMATION ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

• **Les postes non pourvus**

- Les postes non pourvus concernent essentiellement les actions à destination des adultes de plus de 25 ans, de jeunes âgés de 15 à 25 ans, et dans une certaine mesure des personnes âgées,
- les postes non pourvus concernent essentiellement les postes consistant à des actions envers les personnes handicapées, les publics en danger moral et/ou physique et les publics en situation d'exclusion et de difficultés sociales,
- on observe, par ailleurs, que 44% des postes non pourvus concernent les collectivités territoriales et les associations, 35% les établissements sanitaires et 21% les établissements spécialisés,
- enfin, la répartition territoriale des postes non pourvus montre que 51% de ces postes concernent le département du Calvados, 24% la Manche et 25% l'Orne.

• **Les postes vacants**

- En 1999, 35% des postes d'assistants sociaux, 38% des postes d'éducateurs spécialisés, 21% des postes de moniteurs éducateurs, 3% des aides médico-psychologiques et 3% des animateurs BEATP étaient vacants,
- on notera qu'aucun poste d'éducateur technique spécialisé n'était vacant, de même que pour les éducateurs de jeunes enfants, les aides à domicile, les travailleuses familiales, les animateurs DEFA et les conseillers en économie sociale et familiale,
- 39% de ces postes vacants concernaient les établissements spécialisés, 34% les collectivités locales et les associations et 27% les établissements sanitaires,
- enfin, l'analyse territoriale révèle que 44% de ces postes vacants se trouvaient dans le Calvados, 32% dans la Manche et 24% dans l'Orne.

• **Les départs à la retraite**

- D'ici au 31 décembre 2007 (projections établies en 1997), 77 assistants sociaux, 139 éducateurs spécialisés, 41 moniteurs éducateurs, 71 éducateurs techniques spécialisés, 4 éducateurs de jeunes enfants, 37 aides médico-psychologiques, 8 animateurs DEFA, 3 animateurs BEATP, 21 travailleuses familiales, 288 aides à domicile et 29 conseillers en économie sociale et familiale partiront à la retraite.
- Au total, 718 professionnels de l'action sociale en Basse-Normandie partiront à la retraite d'ici au 31 décembre 2007.
- Une analyse à l'horizon 2012 montre que ce sont près de 1.540 professionnels de l'action sociale en Basse-Normandie qui partiront à la retraite dont : 231 assistants sociaux, 374 éducateurs spécialisés, 136 moniteurs éducateurs, 103 éducateurs techniques spécialisés, 20 éducateurs de jeunes enfants, 78 aides médico-psychologiques, 19 animateurs DEFA, 12 animateurs BEATP, 47 travailleuses familiales, 482 aides à domicile et 41 conseillers en économie sociale et familiale.

• **Les besoins en qualification : les « faisant fonction »**

- En 1999, 42% des personnes exerçant une profession sociale en Basse-Normandie et non diplômées se trouvaient dans le département du Calvados, 42% dans la Manche et 16% dans l'Orne
- 8% des éducateurs spécialisés, 19% des moniteurs éducateurs, 27% des éducateurs techniques spécialisés, 8% des éducateurs de jeunes enfants, 20% des aides médico-psychologiques, 55% des animateurs BEATP, 26% des animateurs DEFA et 7% des aides à domicile n'avaient pas le diplôme requis pour exercer²⁵.

²⁵ Il faut noter que l'analyse des faisant fonction ne porte ici que sur les personnes exerçant une fonction d'encadrement sans être titulaire d'un diplôme de cadre. Si l'on prend en compte cette restriction plus les limites imposées par les champs étudiés, on peut comprendre que les données affichées ici ne donnent que des indications sur des tendances globales CESR



Les orientations du Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales



L'élaboration de ce Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales a fait l'objet d'une large concertation à travers l'opération « Voix Publiques : Formation Professionnelle – Sanitaire et Sociale ». Pour sa première année d'entrée en application, il propose la mise en œuvre d'un certain nombre d'orientations. Celles-ci ont trait à la mise en place d'une fonction d'observation, au renforcement de l'orientation et de l'information, à la régulation des flux et de l'offre de formation, à une répartition améliorée des formations sur les territoires, à l'affirmation du principe d'équité et d'égalité et au renforcement des partenariats.

Enfin, la mise en œuvre de ces orientations fera l'objet d'une concertation et d'une évaluation régulières.

1. La mise en place d'une fonction d'observation, au niveau régional

L'action sociale et la santé publique connaissent d'importantes mutations qu'il convient d'observer durablement sous l'angle des enjeux sociaux, démographiques, économiques et territoriaux.

L'observation emploi/formation doit s'appuyer sur une approche globale du secteur sanitaire et social. Le recensement et l'organisation des données disponibles et plus largement la constitution de bases de données complètes, transparentes, comparatives et actualisées doivent être mises en place, au plan régional.

Cette démarche doit être envisagée avec les services de l'État, les collectivités locales, les branches professionnelles et les partenaires sociaux dans une logique de mutualisation et de complémentarité. Elle doit entre autres s'appuyer sur les Branches Professionnelles et les Organismes Paritaires Collecteurs Agréés afin de les inciter à organiser régionalement des commissions paritaires régionales de l'emploi et de la formation et à mettre en place des observatoires ou des tableaux de bord emploi-formation ; rappelons que les signataires de l'accord national interprofessionnel du 5 décembre 2003 relatif à l'accès des salariés à la formation tout au long de la vie professionnelle souhaitaient que les branches professionnelles définissent par voie d'accord les missions et les conditions de mise en place d'observatoires prospectifs des métiers et des qualifications.

Il convient de signaler que depuis 2005, la branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée à but non lucratif s'est dotée d'un Observatoire prospectif des métiers et des qualifications attachés à la Commission Paritaire Nationale de l'Emploi. En Basse-Normandie, l'UNIFED a mis en place un observatoire en Basse-Normandie attaché à la Commission Paritaire Régionale de l'Emploi, avec un volet prospectif sur les besoins en recrutement à 3 ans.

À l'instar de cette démarche, la mutualisation des nombreuses données d'observation pourrait être confiée à l'ERREFOM en lien avec le Comité Régional de Coordination de l'Observation Sociale de Basse-Normandie (CROS). Il ne s'agit pas de créer un observatoire supplémentaire mais bien de mettre en place les conditions pour élaborer des diagnostics partagés et pour favoriser la prospective des métiers transversaux.

Ce dispositif d'observation doit intégrer à terme tous les indicateurs qui permettent d'évaluer précisément les besoins en personnel à moyen terme et par conséquent les formations à mettre en place : structure des emplois par âge, par zone d'emploi, durée d'activité moyenne des personnels paramédicaux, poids des contrats à durée déterminée et du temps partiel, poids de l'offre et de la demande de travail... mais également se doter d'outils d'analyse sur l'évolution qualitative des métiers voire l'observation de « nouveaux métiers ».

2. L'attractivité des métiers et l'orientation professionnelle

Un travail d'information doit être coordonné en direction des jeunes, des parents, des adultes et des professionnels de l'orientation avec comme objectifs la recherche d'une meilleure lisibilité de certains métiers proches en activités et en compétences, la prise en compte des spécificités des métiers du sanitaire et du social, la description des différentes voies d'accès et des passerelles permettant une reconversion professionnelle.

Dans l'optique d'une orientation réussie, un plan d'action relatif à la valorisation de ces métiers sera coordonné par la Région avec l'appui des réseaux concernés. Il intégrera les initiatives régionales telles que « les rencontres régionales : découverte des métiers », les journées sur « l'orientation tout au long de la vie » et les initiatives territoriales soutenues par la Région telles que « Carrières 2000 », « Forum des lycéens du Sud-Manche »...

L'écart entre la représentation des professions sociales et sanitaires et l'exercice réel de ces métiers explique certaines démissions en cours de formation. Les actions qui visent à rapprocher les jeunes, les acteurs de l'orientation et les professionnels seront donc encouragées, tels que des stages en entreprise, des entretiens avec des professionnels...

« Aider les jeunes et les adultes à se retrouver dans cet imbroglio de métiers et de formations » est une priorité. Concernant la demande de formation, un effort de lisibilité sur la diversité des filières de formation, sur les différentes certifications et niveaux de qualification par filière et sur les passerelles entre certifications doit être recherché. Cette volonté de communiquer doit s'appuyer sur les indicateurs de la demande sociale du PRDFP : le rapport entre le nombre d'inscrits/présents aux concours d'entrée dans les écoles paramédicales et sociales et le nombre de places, le nombre d'inscrits aux formations préparant aux concours d'entrée, le taux d'affluence de certaines filières, l'âge moyen d'entrée dans les écoles sociales et paramédicales et par profession, le rapport entre le nombre de candidats ayant déposé un dossier dans le cadre de la VAE, le nombre de candidatures recevables et les résultats obtenus en terme de certification et le taux d'insertion.



3. La régulation des flux et de l'offre de formation sanitaire et sociale

La Loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales précise que les formations sanitaires et sociales désormais prises en charge par la Région s'inscrivent dans les orientations du PRDFP, sous forme d'un schéma spécifique. Le PRDFP 2006-2010 adopté le 3 février 2006 fixe les axes prioritaires, les orientations par filière, la méthode d'animation, les outils de pilotage et propose une feuille de route pour la mise en œuvre.

L'état des lieux fait apparaître des besoins sans pour autant les quantifier précisément faute de données disponibles, actualisées et coordonnées, d'où la nécessité déjà évoquée de mettre en place un dispositif d'observation.

Tout d'abord, il semblerait pertinent que le Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales s'appuie sur le réseau des structures de formation en place et en particulier sur les deux établissements que sont l'IRTS d'Hérouville et l'IRFS d'Alençon.

Il convient également d'être attentif aux formations de niveau V qui préparent à une grande diversité de certifications nationales (Ministère des Affaires Sociales, de l'Éducation Nationale, de l'Agriculture, du Travail), de certifications de branches professionnelles avec, comme objectifs, l'acquisition de compétences très proches, particulièrement dans le champ de l'accompagnement médico-social de la personne. Aussi, bien qu'une réflexion interministérielle soit engagée, notamment pour définir les contenus communs, il convient de veiller, au plan régional, à la complémentarité des approches

Augmenter les capacités d'accueil en formation initiale de niveau V sur certains territoires apparaît nécessaire en réponse aux besoins actuels et émergents ; ceci dans un souci partagé d'une offre de formation territorialement équilibrée. Quant aux choix de certification, les participants aux journées de concertation souhaitent que les formations, fondées sur un champ de connaissances et de qualification clairement délimité, soient privilégiées. Il conviendrait donc de favoriser l'ouverture de formations préparant à des « professions », type aide médico-psychologique, aide-soignant... plutôt que des formations à visée propédeutique, type BEP carrières sanitaires et sociales ou BEPA services en milieu rural. En effet, l'objectif pour les sortants de BEP est la poursuite d'études dans

les filières professionnelles et technologiques ou dans les écoles du secteur sanitaire et social. Or, rappelons qu'un certain nombre d'élèves, malgré le taux significatif de poursuites d'études en filières technologique et professionnelle, continue à sortir du système éducatif en fin de 2^{ème} année de BEP. Il serait souhaitable de disposer d'une analyse du devenir professionnel, de la trajectoire d'insertion voire des difficultés d'insertion de ces jeunes sortis précocement du système éducatif afin d'améliorer la fluidité des parcours de formation.

Le Schéma pourrait retenir au plan des formations de niveau V, les points suivants :

Dans le secteur de l'aide à domicile, la Région a la volonté de contribuer à structurer une véritable filière de formation professionnelle de l'aide à domicile, du niveau V au niveau III, voire II, c'est-à-dire du DEAVS ou de la MCAD au CAFERUIS.

- Pour les formations initiales de niveau V, la répartition territoriale du DEAVS et de la MCAD montre que certaines zones d'emploi ne sont pas couvertes. La priorité est d'organiser un maillage territorial de l'offre de formation initiale type DEAVS ou MCAD en invitant certains réseaux de formation à développer des partenariats afin de diversifier les lieux de formation sur les territoires.
- Pour la professionnalisation des personnels, la branche de l'aide à domicile a signé un accord cadre avec la Région en novembre 2006 afin d'accompagner la professionnalisation des salariés les moins qualifiés. Afin de faciliter l'accès des publics à la certification sur les territoires, la Région encouragera les établissements de formation, agréés au titre de la formation initiale, à proposer des accompagnements de parcours de VAE ou des modules de formation localement. Cette attente sera intégrée dans le dossier de demande d'inscription au PRDFP.

Dans le secteur médico-social, la formation d'aide médico-psychologique semble particulièrement adaptée aux évolutions du secteur et participe à l'amélioration de la qualité du service médico-social vis-à-vis des personnes âgées et des personnes handicapées hébergées

en structure. L'ouverture d'une formation initiale, par département, dans un premier temps post BEP carrières sanitaires et sociales ou BEPA services en milieu rural, semblerait opportune au regard des besoins (la création de nouveaux établissements, la forte croissance des plus de 75 ans, la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes...). Les établissements de formation devront être capables d'accueillir également des publics en emploi et d'accompagner les parcours de VAE. Ces attentes seront intégrées au dossier de demande d'inscription au PRDFP.

Pour le secteur sanitaire, les capacités d'accueil des formations d'aide-soignant devraient être légèrement renforcées afin de prendre en compte à la fois une demande des professionnels ainsi que les conséquences d'une mise en place des parcours de formation allégés consécutifs à des dispenses de concours d'entrée en IFAS ou à l'obtention de modules de formation du diplôme d'aide-soignant par la voie de la VAE. Dans ce contexte, ne conviendrait-il pas de s'appuyer sur les orientations par filière proposées par le PRDFP, c'est-à-dire la poursuite de la réflexion sur l'ouverture de formations d'aide-soignant dans des EPLE qui proposent des BEP carrières sanitaires et sociales dans les départements de la Manche et de l'Orne.

Pour le secteur de la petite enfance, les contributions de la Caisse d'Allocations Familiales du Calvados et de l'Association Nationale Auxiliaire de Puériculture font apparaître des besoins supérieurs à l'effectif formé en Région. La Région souhaiterait qu'une étude sur les métiers de la petite enfance soit confiée à l'ERREFOM. Les caractéristiques des différents modes de garde, la cartographie des emplois, les besoins en recrutement, les besoins en professionnalisation, l'offre de formation, la demande de formation (indice d'attraction, nombre de candidats inscrits aux examens...) sont les items incontournables afin d'appréhender précisément les effectifs à former, les certifications attendues et la localisation souhaitable des formations.

Au regard des données objectives collectées auprès de la DRASS et de l'ARH, certaines professions sanitaires doivent faire l'objet d'un examen particulier.

L'analyse croisée de la pyramide des âges de la profession d'infirmier, du nombre de sortants diminué des sorties en cours de formation, du taux d'insertion hors région, de la durée effective de carrière, du besoin croissant de soins médicaux et des expérimentations sur la « requalification » des soins infirmiers montre que les quotas actuels devraient être revus à la hausse.

Le développement de la prévention, du diagnostic médical et des équipements en imagerie médicale devraient à terme augmenter le besoin en techniciens de l'imagerie médicale. Besoin renforcé par le déficit de médecins spécialistes en radiologie et par la couverture en haut débit des territoires qui devrait se traduire par une augmentation des actes de radiologie pratiqués par des techniciens à proximité de la

demande médicale et par l'interprétation médicale à distance par les radiologues.

Pour les écoles paramédicales, des besoins ont été identifiés par le CESR, dans le cadre de l'étude précédemment citée, qui préconise « d'engager une réflexion sur l'ouverture d'une école sous statut public de kinésithérapeutes et d'une école sous statut public de psychomotriciens ». Le besoin en kinésithérapeutes a été confirmé lors des rencontres « voix publiques : formations sanitaires et sociales » par tous les acteurs du secteur ainsi que la problématique cruciale de la fidélisation des futurs kinésithérapeutes sur le territoire bas-normand, particulièrement dans les établissements médico-sociaux et hospitaliers.

Concernant les professions de l'action sociale, la région ne semble pas souffrir d'un manque de professionnels mais, ceci doit être affiné en fonction des professions et des territoires.

Pour les formations d'éducateurs spécialisés, il conviendrait de ne pas augmenter la capacité d'accueil actuelle. En effet, le rapprochement des données de l'offre de formation, telles que la récente ouverture de la formation d'éducateur technique spécialisé en la formation initiale, l'augmentation en 2004 de la capacité d'accueil des éducateurs spécialisés, la reconduction de la section par apprentissage et l'accès par la voie de la VAE, avec celles de la pyramide des âges et des emplois en région montrent que les besoins sont, sur le plan quantitatif, satisfaits. Toutefois, une délocalisation pourrait être envisagée vers des territoires présentant des difficultés de recrutement en privilégiant la voie de l'apprentissage.

Quant aux formations d'assistants de service social recrutés à 50% par les départements, les éléments de prospective sont, à l'heure actuelle, insuffisants pour définir les besoins réels. Il est indispensable que les collectivités locales fassent une analyse de leurs besoins en recrutement à horizon 2010/2012 afin d'ajuster si nécessaire les capacités d'accueil de ces formations. La démarche vaut également pour la formation de conseiller en économie sociale et familiale. C'est pourquoi les capacités d'accueil des BTS économie familiale et sociale récemment augmentées devraient être maintenues à effectifs constants.

Enfin, les formations qui visent des fonctions d'encadrement devront probablement être augmentées en réponse aux besoins en encadrement croissants liés à la pyramide des âges et à l'accroissement des emplois médico-sociaux de niveau V. De ce point de vue, la création du BTS « services et prestations du secteur social et sanitaire » a reçu un écho favorable des professionnels. La Région proposera au Rectorat de poursuivre la réflexion engagée lors de ces journées de concertation sur l'ouverture de ce type de BTS dès la rentrée 2008.



4. La répartition territoriale des formations sanitaires et sociales

Au regard du poids du secteur sanitaire et social qui représente environ 13% de l'emploi régional global, la répartition des formations sanitaires et sociales participe activement au rééquilibrage des territoires. L'implantation de certaines formations au plus près des besoins contribue au maintien à domicile des personnes, à la qualification des actifs et plus largement au développement d'une offre de services durable sur les territoires. Ceci est particulièrement vrai pour les formations initiales et continues de niveau V. Elles se caractérisent par un recrutement en formation de proximité qui doit faciliter les personnes, une fois formées, à s'insérer à proximité de leur lieu de vie. Cette réalité sociale et professionnelle doit être prise en compte dans la répartition territoriale de l'offre.

L'augmentation souhaitée des capacités d'accueil ou de quotas de certaines formations pourrait être un levier pour favoriser le développement de certains territoires. Il ne s'agit pas de créer de nouvelles structures de formation mais plutôt de favoriser les réponses en réseaux afin d'attirer et de retenir des jeunes.

De ce point de vue, les deux établissements en travail social (IRTS d'Hérouville et IRFS d'Alençon), fort de leur expérience, pourraient, en appui de réseaux existants et en concertation avec la Région, proposer des expérimentations de délocalisations de formations.

5. L'inscription au PRDFP des formations sanitaires et sociales

Le poids des filières sanitaires et sociales, la diversité des certifications et des voies d'accès, les attentes fortes des jeunes, des adultes et des familles nécessitent une coordination, à tous les niveaux et la lisibilité de l'action de la Région avec l'ensemble des partenaires doit être prioritairement recherchée.

L'évolution de la carte des formations s'inscrit dans les procédures du PRDFP et des référents territoriaux du secteur sanitaire et social, par zone d'emploi, seront désignés par la Région.

Les évolutions souhaitées devront prendre en compte les indicateurs formation définis dans le PRDFP : le taux de sortie en cours de formation, le taux de redoublement, le taux de poursuite d'études (particulièrement pour les BEP et les BAC Sciences médico-sociales), le taux de réussite aux diplômes quelle que soit la voie d'accès, le taux d'insertion.

Pour les formations préparant à des certifications relevant de la DRASS, la Région autorise la création d'établissements et agréé les directeurs d'établissements après avis du représentant de l'État en Région pour les formations sanitaires ; pour les formations sociales, les établissements de formation doivent procéder à une déclaration préalable auprès de la DRASS et ensuite obtenir un agrément de la Région ; ces dispositions réglementaires seront intégrées aux procédures d'instruction.

La procédure annuelle d'inscription au PRDFP, pour les formations initiales, (statut scolaire/étudiant/apprentissage) est la suivante :

- **Mai** : pour les professions réglementées, l'État fixe les quotas d'élèves et étudiants après avis de la Région
- **Mai/juin** : la Région envoie aux référents territoriaux de chaque zone d'emploi le dossier unique de candidature pour l'inscription au PRDFP

- **Juin** : les référents territoriaux transmettent ce dossier de candidature aux structures de formation relevant de leur réseau
- **Septembre** : l'ensemble des référents d'une zone d'emploi se réunissent pour examiner les différentes propositions afin de connaître les évolutions souhaitées, repérer les doublons et trouver des complémentarités
- **Fin septembre** : envoi à la Région des dossiers de demande d'inscription en 3 exemplaires et aux services de l'État concernés en un exemplaire
- **Octobre/novembre** : instruction des projets (avis des branches professionnelles, au titre de l'opportunité de la demande/avis des services de l'État, au titre de l'expertise pédagogique/consultation du CCREFP)
- **Novembre/décembre** : réunions techniques entre les services de la Région (DEES, DEFPA, service PRDFP et DGA), les services de la Région et les différents services de l'État (Rectorat, DRAF, DRASS, DRAM, DRDJS)
- **Mi-décembre et début janvier 2007** : réunions institutionnelles (Vice-Présidents commission 5 et 6/Recteur/DRAF/DRASS)
- **Janvier** : les mesures envisagées (statut scolaire, privé sous contrat d'association, apprentissage pour les formations relevant de l'Éducation Nationale, de l'Agriculture et des Affaires Sociales) seront soumises pour avis au Conseil Académique de l'Éducation Nationale, à la Commission Académique de Consultation de l'Enseignement Privé, au Comité Régional de l'Enseignement Agricole pour les formations sous statut scolaire ainsi qu'à la Commission Permanente du Conseil Régional pour les formations par apprentissage.



6. L'accès aux formations

Il convient de rappeler que les voies d'accès aux formations sanitaires et sociales sont multiples :

- formation initiale en voie directe,
- formation initiale en situation d'emploi,
- apprentissage,
- contrats de professionnalisation,
- plan de formation/périodes de professionnalisation,
- congé individuel de formation,
- dispositifs de formation continue financés par la Région à destination des demandeurs d'emploi (chèque-formation ; programme de formation générale ; une formation, un emploi),
- validation des acquis de l'expérience (VAE),
- formation à distance.

La diversité des voies d'accès doit être encouragée afin de faciliter l'accès à la qualification et à l'emploi des jeunes et des adultes. Le PRDFP préconise que l'équilibre formation initiale/formation continue soit prioritairement recherché afin que les sortants de la formation professionnelle initiale puissent s'insérer sans créer de concurrence avec les salariés expérimentés.

- Dans ses orientations par filière, le PRDFP insiste sur la nécessité d'ouvrir des classes préparatoires aux concours d'entrée des écoles paramédicales, en formation initiale, afin de favoriser, prioritairement, les poursuites d'études des 500 sortants annuels des filières technologiques médico-sociales. Cet accès encouragé devrait faire l'objet d'un suivi spécifique avec les services du Rectorat. Toutefois, ces élèves en classes préparatoires « n'ont pas le statut d'étudiant, ne peuvent pas bénéficier de bourses et n'ont pas accès aux services universitaires du CROUS ».
- La VAE, instaurée par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, qui connaît un véritable succès et une forte progression pour les professions sociales et sanitaires, répond aux préoccupations de la Région :
 - l'élévation du niveau général de qualification des professionnels,
 - la résorption des « faisant fonction »,
 - la réponse aux besoins des territoires.

La VAE a fait l'objet de beaucoup d'interrogations lors des journées de concertation sur la « nécessité de développer un système d'accompagnement plus efficace, sur la recevabilité à la VAE perçue comme trop administrative et insuffisamment pédagogique, sur le manque d'orientation du candidat à la VAE ». Au regard de la forte demande sociale, la Région va engager une réflexion avec les services de l'État afin d'améliorer le processus VAE, dans sa globalité.

La région, qui a compétence en matière d'organisation, aux niveaux régional et territorial, du service d'information conseil, souhaite donc favoriser les conditions de la réussite de la VAE, particulièrement pour les publics les moins qualifiés. Un des enjeux est la professionnalisation de l'offre de service sur les territoires compte tenu de la diversité des métiers et des certifications du sanitaire et du social afin de satisfaire la montée en charge de la demande et d'être au plus prêt des besoins des usagers.

La circulaire du 9 mars 2006 relative à la gestion de la validation des acquis de l'expérience en vue de l'obtention des diplômes du travail social et des diplômes sanitaires fixe le rôle de la DRASS quant aux diplômes qu'elle délivre et précise le dispositif d'externalisation de gestion de la VAE sanitaire et sociale confié au CNASEA.

- La voie de l'apprentissage est peu développée dans les formations sanitaires et sociales alors que les formations sont basées sur le principe de l'alternance. Certaines branches professionnelles s'organisent afin de développer les formations initiales par la voie de l'apprentissage : l'UNIFED a déposé une demande de création d'un CFA « hors les murs » auprès de la Région et la Fédération Nationale de l'Hospitalisation Privée a organisé en 2006 la collecte de la taxe d'apprentissage de ses adhérents au niveau national. Rappelons qu'un certain nombre d'employeurs relevant du secteur associatif ne sont pas assujettis à la taxe d'apprentissage. Dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens relatifs au développement de l'apprentissage, des expérimentations pourraient être menées, sur des territoires qui ont des besoins identifiés et en complémentarité avec l'offre existante, particulièrement sur les niveaux post-bac, en partenariat avec les branches professionnelles susceptibles de prendre en charge les coûts de fonctionnement des formations par apprentissage.

- Les formations continues préparant aux métiers des services à la personne en direction des demandeurs d'emploi représentent un poids significatif dans l'offre de formation régionale. Sur la base de diagnostics infra-régionaux, ces formations visent à qualifier des demandeurs d'emploi primo-entrants ou avec expérience dans le secteur du sanitaire et du social. Dans la construction de l'offre, la Région souhaite que la diversité des acquis et des compétences des personnes soit prise en compte dans des logiques de sécurisation des parcours professionnels, en partenariat avec les milieux professionnels. À titre d'illustration, plusieurs scénarii peuvent être envisagés :
 - un parcours enchaînant une période de formation prise en charge par la Région certifiée par un titre professionnel du Ministère du Travail et un contrat de professionnalisation visant un diplôme du Ministère des Affaires Sociales ou un Certificat de Qualification Professionnelle de Branche professionnelle,
 - un parcours enchaînant des périodes de formation prise en charge par la Région certifiées par des Certificats de Compétences Professionnelles ou des modules de formation et des parcours professionnels diversifiés (accueil de la petite enfance, accompagnement de la personne âgée, de la personne handicapée...),
 - des parcours adaptés et sécurisés pour des jeunes sortis du système éducatif sans qualification et qui n'ont pas d'expérience professionnelle dans le secteur.

Plus largement, l'objectif est de favoriser les processus de professionnalisation, sur la base d'activités professionnelles recensées au niveau d'un territoire (le bassin d'emploi semble être le périmètre le plus adapté) avec la volonté de certifier dans la durée les compétences acquises et de mettre en œuvre des passerelles entre les différentes certifications.



7. Le principe d'équité et d'égalité

Les formations de niveau V sont le plus souvent suivies par des publics moins favorisés avec une mobilité moindre et déjà insérés dans un parcours professionnel, avec parfois des charges de famille.

Il a paru injuste que ces étudiants doivent s'acquitter de frais de scolarité allant de 2400 et 3350 euros, pour une année de formation, alors que d'autres formations comme celles d'infirmière ne sont pas payantes pour l'étudiant, dans les écoles publiques.

La mesure de gratuité des coûts pédagogiques visant à aider les personnes en formation, sans discrimination, sera appliquée à la fois dans les écoles publiques et dans les écoles privées.

Il existe, par ailleurs, d'autres formations sanitaires comme les auxiliaires de puériculture et les ambulanciers, également de niveau V et qui sont également payantes. L'Assemblée Régionale a étendu la gratuité à ces formations, toujours dans un souci d'égalité de traitement.

La prise en charge du coût de formation des personnes salariées qui entrent dans ces formations doit rester du domaine de la formation continue. Elle relève donc des OPCA ou des employeurs. C'est pourquoi, la Région sera vigilante au maintien du contrat de travail entre la personne entrant en formation et l'employeur, notamment s'il s'agit d'un employeur du domaine sanitaire et social, dans le but de favoriser la réinsertion de l'étudiant, à l'issue de la formation.

L'ASSEDIC Basse-Normandie a montré un intérêt particulier pour ces formations d'aide-soignant et s'est impliquée dans le cadre d'un partenariat étroit avec la Région. La mise en place de la gratuité de ces études ne doit pas entraîner la remise en cause de cette collaboration, mais plutôt la pérenniser.

Concernant les aides apportées à titre individuel aux étudiants, dans un souci d'harmonisation des dispositifs et de lisibilité pour les personnes concernées, il sera mis en place un dispositif unique : celui des bourses.

L'ajout de deux échelons supplémentaires aux 5 déjà existants permettra de poursuivre l'effort d'accompagnement des publics les plus en difficulté que constituent les chômeurs de longue durée non indemnisés.

8. Les partenariats

- Avec les branches professionnelles qui devront être favorisés au travers de signatures de chartes de partenariat, particulièrement avec les commissions régionales paritaires emploi-formation. Les thématiques seront l'observation des métiers et des qualifications, l'expertise sur l'analyse des besoins, l'information sur les métiers et l'orientation professionnelle, l'accueil et la formation des jeunes et des adultes en milieu professionnel, les complémentarités entre les dispositifs financés par les partenaires sociaux et les dispositifs financés par la Région et la participation au développement maîtrisé de l'apprentissage.
Concernant l'apprentissage peu présent dans les formations sanitaires et sociales, son développement est subordonné à l'engagement des employeurs et à la participation financière des branches professionnelles et de leurs adhérents. Les contraintes réglementaires des stages en établissement, sur la durée et la diversité des situations professionnelles, peuvent être un frein à l'accueil d'apprentis. Ces spécificités pourraient être prises en charge dans le cadre de la modulation des primes versées aux employeurs.
- Avec les structures de formation afin de valoriser les savoir-faire et l'expertise des réseaux en charge des formations sanitaires et sociales. L'ouverture à la formation tout au long de la vie sera vivement encouragée afin que les établissements de formation puissent diversifier leur offre de formation en réponse aux besoins des territoires, particulièrement sur le champ de la professionnalisation et de la VAE. Les coopérations entre structures de formation et la mutualisation des pratiques devraient être des axes de progrès à développer. La coordination des stages et l'implication des employeurs, l'analyse et la prévention des sorties en cours de formation et l'organisation régionale des concours pourraient être les premières initiatives à engager.
Les 2 établissements agréés au titre des formations sociales initiales possèdent, d'ores et déjà, une forte expérience d'ingénierie des parcours de formation et de formation tout au long de la vie. Cette expertise pourrait être valorisée en positionnant ces 2 établissements comme « tête de réseau » du développement maîtrisé des formations sociales et d'accompagnement des structures partenaires, particulièrement pour les formations de niveaux V et IV.
- Avec les services de l'État afin de mettre en place une veille « partagée » sur les certifications compte tenu des évolutions réglementaires des secteurs sanitaire et social. Un travail pourrait être engagé également sur l'analyse des référentiels de formation afin d'identifier les passerelles, les proximités de champ de compétences et les spécificités, par niveau et par certification. Cette initiative viserait à améliorer la lisibilité des filières de formation.



9. La concertation régionale et territoriale

Au niveau territorial, les référents PRDFP des secteurs sanitaire et social désignés par la Région en lien avec la DRASS, au titre de la formation initiale, participeront aux échanges sur la carte des formations, sur les expérimentations qui visent à diminuer le taux de sortie sans qualification et sur les coopérations entre les structures de formation. Pour la formation continue, la Région devrait arrêter ses modalités d'animation pour 2007.

Au niveau régional, la mise en place d'une instance régionale de suivi composée des différents partenaires

(Services de l'État, représentants des collectivités départementales, représentants des organisations professionnelles d'employeurs et de salariés) fondée sur la volonté de partager les éléments de diagnostic emploi formation, d'échanger sur la régulation des flux de formation et sur les différentes voies d'accès à la formation.

Dans la continuité des journées « voix publiques : formations sanitaires et sociales », une journée régionale pourrait être organisée, à raison d'une par an, sur des thématiques transversales.

10. Les modalités d'évaluation

L'évaluation se fera à partir de critères observables définis dans le PRDFP :

- le taux de rupture en cours de formation,
- le taux de poursuite des études,
- le taux de réussite aux certifications,
- le taux d'insertion professionnelle.

Mais aussi :

- l'origine géographique des entrants,
- le lieu d'insertion professionnelle.

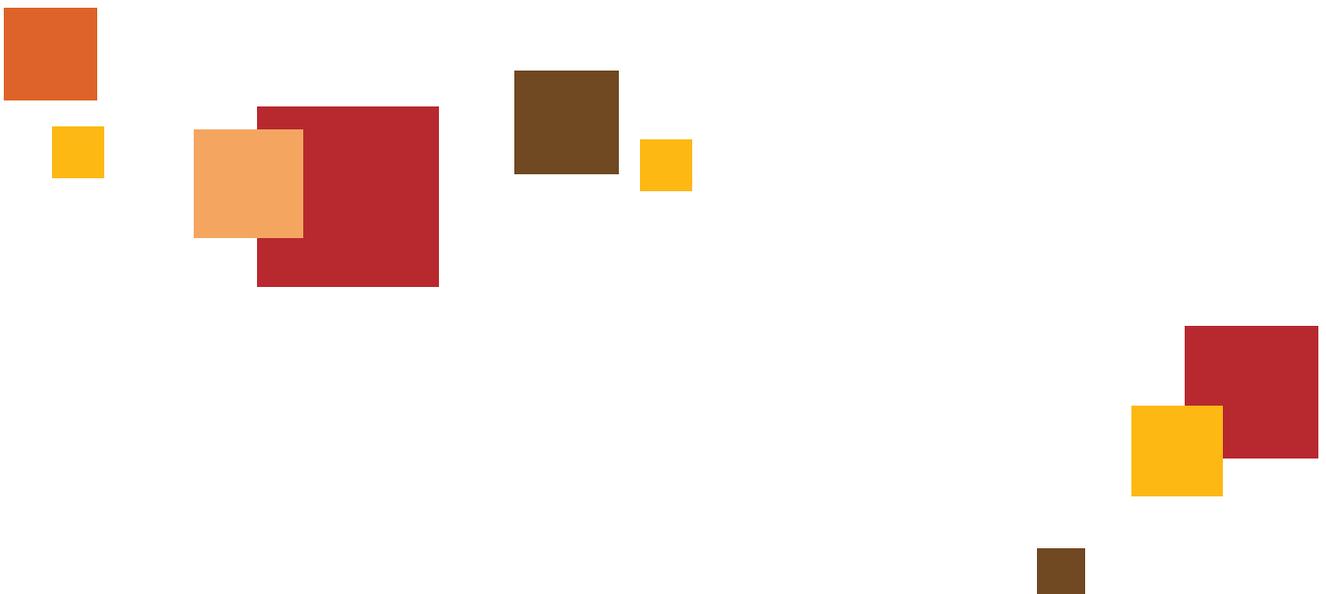
L'évaluation se fera également à partir de critères plus qualitatifs :

- les coopérations entre les structures de formation et entre les réseaux de formation,
- la diversité des publics accueillis dans les structures de formation,
- les partenariats avec les branches professionnelles,
- l'évolution de la carte des formations et la répartition territoriale de l'offre de formation.



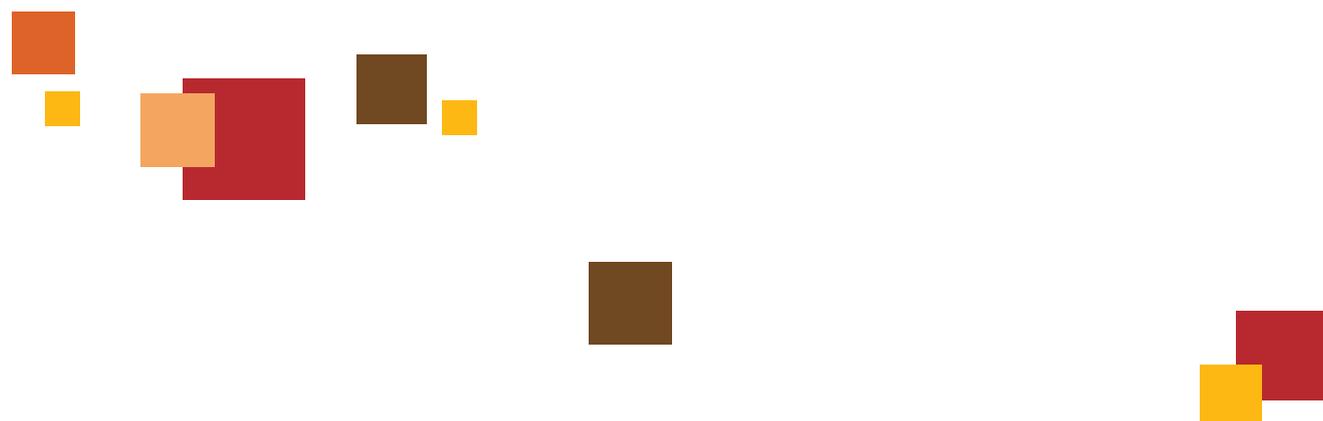
» » » Annexes

DES AU **SCHÉMA RÉGIONAL**
FORMATIONS
SANITAIRES ET SOCIALES
2 0 0 7 • 2 0 1 0



Sommaire

1. La loi du 13 août 2004 : la décentralisation des formations sanitaires et sociales	55
2. Le partage de compétences visé par la Loi du 13 août 2004	58
3. Le partage de compétences dans le domaine sanitaire	59
4. Le partage de compétences dans le domaine social	60
5. Le développement des services à la personne	63
6. Le plan petite enfance	64
7. Les diplômes du Ministère de la Jeunesse et des Sports et de la Vie Associative	66
8. Les partenaires publics, associatifs et privés du secteur sanitaire et social	67
9. Cartographies de l'offre de formations sanitaires et sociales en Basse-Normandie	70
10. La Validation des Acquis de l'Expérience (VAE)	75
11. Synthèses des réunions « Voix Publiques : Formation Professionnelle - sanitaires et sociales »	76
12. Contributions des acteurs et des partenaires du secteur sanitaire et social	88



1. La loi du 13 août 2004 : la décentralisation des formations sanitaires et sociales

La Loi du 13 août 2004 réaffirme le rôle de la Région en matière de planification et de programmation à moyen terme des actions de formation professionnelle. Un rôle institué par la Loi n° 2002-276 du 27 février 2002 relative à la Démocratie de proximité.

Les formations sociales

Article 52 : « L'article L.451-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé : Les formations sociales contribuent à la qualification et à la promotion des professionnels et des personnels salariés engagés dans la lutte contre les exclusions et 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.

Les diplômes et titres de travail social sont délivrés par l'État conformément aux dispositions du 1 de l'article L.335-6 du code de l'éducation, dans le respect des orientations définies par le ministre chargé des affaires sociales après avis du Conseil Supérieur du travail Social.

Les établissements publics et privés dispensant des formations sociales initiales et continues participent au service public de la formation. Ils sont soumis à une obligation de déclaration préalable auprès du représentant de l'État dans la Région ainsi qu'aux obligations et interdictions prévues aux 2 et 4 de l'article L.920-4 du code du travail.

L'État contrôle, en outre, dans les conditions fixées par voie réglementaire, le respect des programmes, la qualification des formateurs et des directeurs d'établissement et la qualité des enseignements délivrés par ces établissements pendant la durée des formations, préparant aux diplômes et titres de travail social.

Les départements sont consultés sur la définition et le contenu des formations. Un décret fixe les modalités d'application du présent article et, notamment, les sanctions encourues en cas de non respect des prescriptions du présent article. »

Article 53 : « L'article L.451-2 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé : La Région définit et met en œuvre la politique de formations des travailleurs sociaux. Dans le cadre de l'élaboration du schéma Régional des formations sociales, elle recense, en association avec les départements, les besoins de formation à prendre en compte pour la conduite de l'action sociale et médico-sociale et indique comment elle compte y répondre.

Elle agréee les établissements dispensant des formations initiales et assure leur financement dans les conditions prévues à l'article L.451-2-1. Un décret fixe les conditions minimales d'agrément de ces établissements.

La Région peut déléguer aux départements qui en font la demande, par voie de convention, sa compétence d'agrément des établissements dispensant des formations sociales. »

Article 54 : « Après l'article L.451-2 de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L.451-2-1 ainsi rédigé : Les établissements agréés par la Région pour dispenser des formations sociales initiales souscrivent avec elle une convention pour bénéficier des financements nécessaires à la mise en œuvre des dites formations.

L'aide financière de la Région à ces établissements est constituée par une subvention annuelle couvrant les dépenses administratives et celles liées à leur activité pédagogique. La Région participe également, dans des conditions définies par une délibération du Conseil Régional, à leurs dépenses d'investissement, d'entretien et de fonctionnement des locaux.

Aucune condition de résidence n'est opposable aux étudiants.

▶ ▶ ▶ LA LOI DU 13 AOÛT 2004 : LA DÉCENTRALISATION
DES FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES

La gratuité des études dans les établissements de formation dispensant des formations sociales initiales est assurée pour lesdites formations.

Les établissements agréés perçoivent toutefois de la part des étudiants des droits d'inscription dont le montant maximum est fixé chaque année par référence au niveau arrêté pour les droits de scolarité dans les instituts universitaires professionnalisés. En supplément des droits d'inscription, ils peuvent prélever des frais de scolarité correspondant à la rémunération de services aux étudiants. Ils peuvent également bénéficier des rémunérations de services, participations des employeurs ou subventions des collectivités publiques. »

Article 55 : « L'article L.451-3 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé : La Région est compétente pour attribuer des aides aux étudiants inscrits dans les établissements mentionnés à l'article L.451-1 La nature, le montant et les conditions d'attribution des ces aides sont fixés par délibération du Conseil Régional. Un décret fixe les règles minimales de taux et de barèmes de ces aides. »

Les formations sanitaires :

Article 73 :

« Article L.4383-1 : L'État fixe les conditions d'accès aux formations des professionnels mentionnés aux titres I^{er} à VII du présent livre, des aides-soignants, des auxiliaires de puériculture, des ambulanciers et des techniciens de laboratoire d'analyse de biologie médicale. Il détermine les programmes de formation, l'organisation des études, les modalités d'évaluation des étudiants ou élèves. Il délivre les diplômes. Le représentant de l'État dans la Région contrôle le suivi des programmes et la qualité de la formation. »

« Article L.4383-2 : Pour chacune des professions mentionnées aux titres I^{er} à VII, le nombre d'étudiants ou élèves admis à entreprendre des études en vue de la délivrance des diplômes, certificats ou titres exigés pour l'exercice de la profession considérée peut être fixé de manière annuelle ou pluriannuelle. Ce nombre est fixé au plan national et pour chaque Région par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur pour les formations sanctionnées par un diplôme de l'enseignement supérieur et par le ministre de la santé pour les autres formations, après avis des conseils Régionaux qui tiennent compte, notamment, des besoins de la population. Dans chaque Région, il est réparti entre les instituts ou écoles par le Conseil Régional, sur la base du schéma Régional des formations sanitaires. »

« Article L.4383-3 : La création des instituts ou écoles de formation des professionnels mentionnés aux titres I^{er} à VII du présent livre, des aides-soignants, des auxiliaires de puériculture, des ambulanciers et des techniciens de laboratoire d'analyses de biologie médicale fait l'objet d'une autorisation délivrée par le président du Conseil Régional, après avis du représentant de l'État dans la Région. Le président du Conseil

Régional agréé, après avis du représentant de l'État dans la Région, les directeurs des instituts ou écoles de formations mentionnés au premier alinéa. Les autorisations et agréments mentionnés au présent article peuvent être retirés en cas de non respect des dispositions législatives ou réglementaires régissant l'organisation des formations et d'incapacité ou de faute grave des dirigeants des ces instituts ou écoles. Les conditions dans lesquelles sont délivrés les autorisations et les agréments sont fixées par voie réglementaire. »

« Article L.4383-4 : La Région est compétente pour attribuer des aides aux élèves et étudiants inscrits dans les instituts et écoles de formations autorisés en application de l'article L.4383-3. La nature, le niveau et les conditions d'attribution de ces aides sont fixés par délibération du Conseil Régional. Aucune condition de résidence ne peut être exigée des élèves et étudiants. Un décret fixe les règles minimales de taux et de barèmes de ces aides. »

« Article L.4383-5 : La Région a la charge du fonctionnement et de l'équipement des écoles et instituts mentionnés à l'article L.4383-3 lorsqu'ils sont publics. Elle peut participer au financement du fonctionnement et de l'équipement de ces établissements lorsqu'ils sont privés La subvention de fonctionnement et d'équipement est versée annuellement aux organismes qui gèrent ces écoles et instituts ; les dépenses et les ressources de ces établissements sont identifiées dans un budget spécifique. Les personnels des écoles et instituts relevant d'un établissement public de santé sont recrutés, gérés et rémunérés par cet établissement selon les dispositions de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Les écoles et instituts privés recrutent, gèrent et rémunèrent leurs personnels. Lorsque l'école ou l'institut

relève d'un établissement public mentionné au titre 1^{er} à IV du livre VII du code de l'éducation, les dispositions du présent article et de la dernière phrase de l'article L.4383-2 du présent code font l'objet d'une convention entre la Région et l'établissement public, laquelle tient lieu de l'autorisation et de l'agrément prévus à l'article L.4383-3 du présent code. »

« Article L.4383-6 : Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

VII. « Pour l'application de l'article L.4382-5 du code de la santé publique, le représentant de l'État dans le département communique aux Régions toutes les informations permettant le transfert en connaissance de cause de la charge du fonctionnement et de l'équipement des écoles et instituts mentionnés à l'article L.4382-3 dudit code. »

VIII. « Au premier alinéa de l'article L.4151-7 du même code, les mots : « agréées par l'État » sont remplacés par les mots : « agréées par la Région. »

IX. Après l'article L.4151-7 du même code, sont insérés deux articles L.4151-8 et L.4151-9 ainsi rédigés : Article L.4151-8 : « La Région est compétente pour attribuer des aides aux étudiants inscrits dans les écoles de formation agréées en application de l'article L.4151-7. La nature, le niveau et les conditions d'attribution de ces aides sont fixés par délibération du Conseil Régional. Aucune condition de résidence ne peut être exigée des étudiants. Un décret fixe les règles minimales de taux et de barèmes de ces aides. »

Article 4151-9 : « La Région a la charge du fonctionnement et de l'équipement des écoles mentionnées à l'article L.4151-7 lorsqu'elles sont publiques. Elle peut participer au financement du fonctionnement et de l'équipement de ces écoles lorsqu'elles sont privées. La subvention de fonctionnement et d'équipement est versée annuellement aux organismes qui gèrent ces écoles ; les dépenses et les ressources de l'école sont identifiées sur un budget spécifique. Les personnels des écoles relevant d'un établissement public de santé sont recrutés, gérés et rémunérés par cet établissement selon les dispositions de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Les écoles privées recrutent, gèrent et rémunèrent leurs personnels. Les modalités d'application du présent article sont déterminées par voie réglementaire. »

X. « Le titre IV du livre II de la quatrième partie du même code est complété par un chapitre IV ainsi rédigé : Compétences respectives de l'État et de la Région » - Article L.4244-1. « L'État fixe les conditions d'accès à la formation des préparateurs en pharmacie hospitalière. Il détermine le programme de formation, l'organisation des études, les modalités d'évaluation des apprentis ou élèves et délivre le diplôme. La Région a la charge du fonctionnement et de l'équipement des centres de formation des préparateurs en pharmacie hospitalière dans les conditions prévues à l'article L.4383-5. »

XI. « La Région est substituée à l'État dans les droits et obligations relatifs au fonctionnement et à l'équipement des écoles de formation et instituts privés. »



2. Le partage de compétences visé par la Loi du 13 août 2004

Les principaux dispositifs qui concernent la décentralisation des formations sanitaires et sociales sont contenus dans les articles 52, 53, 54, 55 (formations sociales) et 73 (formations sanitaires). L'exercice des compétences dans le cadre de la décentralisation des formations sanitaires et sociales se fait de manière partagée entre l'État et la Région. Les départements, dans leurs missions de coordination de l'action sociale, sont consultés notamment sur la définition des besoins de formations et le contenu de celles-ci.

- l'État arrête les quotas des formations sanitaires après avis de la Région. Cette dernière répartit les quotas fixés au niveau national entre les établissements de formation relevant de son territoire ;
- depuis le 1^{er} janvier 2005 et conformément à la Loi du 13 août 2004, les Régions ont compétence pour financer les aides versées aux élèves et étudiants poursuivant des formations sanitaires et sociales. Elles déterminent les barèmes applicables à ces aides dans le respect des minima fixés au niveau national par décrets ;
- la Région adopte les modalités de gestion pour assurer le paiement des aides aux étudiants et aux stagiaires et le versement des subventions aux établissements de formation ;
- pour le volet social, la Région devra couvrir les dépenses administratives et pédagogiques ainsi que participer aux dépenses d'investissement, d'équipement et d'entretien des établissements de formation initiale qu'elle agréé (dans l'exercice de cette compétence, il n'y a pas de distinction entre établissements publics et établissements privés) ;
- s'agissant des établissements dispensant des formations sanitaires, la Région aura à financer le fonctionnement et l'équipement des organismes publics de formation et à subventionner les établissements privés conformément aux engagements pris par l'État à la date du transfert¹ ;
- la Loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation tout au long de la vie et au dialogue social renforce la position des partenaires sociaux sur le champ de la formation continue. Dans le contexte de régionalisation des formations sanitaires et sociales qui s'accompagne d'une logique sectorielle et territorialisée de l'offre de formation, ceux-ci sont appelés à jouer un rôle important.

Remarque : il est à noter que des interrogations subsistent quant au périmètre exact du transfert de compétences. Par ailleurs, la frontière entre formation initiale et formation continue reste floue. Cette situation n'est pas sans engendrer des questionnements quant aux financements de la Région mais aussi au sujet du droit à compensation financière des transferts de charge. À titre d'exemple, l'augmentation des capacités d'accueil, l'ouverture d'une formation suite à la création d'un nouveau diplôme seraient-elles prises en charge par la compensation du transfert de compétences ? Actuellement, les ministères concernés sont sollicités par l'Association des Régions de France afin qu'ils apportent les précisions nécessaires.

¹ À noter que l'article 72-2 de la Constitution introduit un droit à compensation dont la loi du 13 août 2004 précise les règles de calcul ainsi que les modalités d'ajustement.

3. Le partage de compétences dans le domaine sanitaire

Le transfert des formations sanitaires est encadré par l'article 73 de la Loi du 13 août 2004.

- l'État fixe les quotas des élèves et étudiants après avis de la Région. Sont concernées les formations suivantes : infirmier, masseur-kinésithérapeute, sage-femme et orthophoniste (en ce qui concerne les formations existantes en Basse-Normandie)². En effet, ces formations demeurent des formations dont les effectifs d'admission en première année sont soumis à un quota arrêté au niveau national pour chaque Région. Il appartient aux Régions de répartir ces quotas entre les établissements ayant fait l'objet d'une autorisation ;
 - les effectifs dans les formations d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et d'ambulancier sont, quant à eux, fixés au niveau régional. La Région détermine annuellement le nombre d'élèves admis dans ces formations en dehors de tout encadrement national ;
 - l'État définit les conditions d'accès aux professions paramédicales et de sage-femme ;
 - il détermine les programmes de formation, l'organisation des études et les modalités d'évaluation des candidats et de délivrance des diplômes ;
 - enfin, Il conserve à travers l'avis émis par son représentant dans la région, un droit de regard sur les autorisations de création accordées par les Régions et sur les agréments des directeurs ;
 - la Région, à son niveau, répartit les quotas et les capacités d'accueil entre les établissements de formation ;
 - elle autorise la création des établissements et agréé les directeurs des établissements après avis du représentant de l'État dans la région.
- À noter que la Loi ne distingue ni formation initiale, ni formation continue, ni public, ni privé dans la nature même des transferts. En revanche, une distinction existe en matière de financement des établissements de formation. La Loi confie aux Régions la responsabilité de financement lorsqu'il s'agit d'établissements publics. Par contre, lorsque ceux-ci sont privés, les seules obligations de la Région se limitent aux engagements pris antérieurement par l'État.
- L'article 73 de la Loi du 13 août 2004 prévoit un régime particulier pour certaines formations sanitaires en raison de leurs spécificités. Il s'agit des formations suivantes :
- les formations sanitaires dispensées à l'Université font l'objet d'un conventionnement entre la Région et l'établissement. Cette convention vaut ainsi autorisation et agrément du Directeur ;
 - les formations de sage-femme pour lesquelles la Région n'est compétente ni pour la répartition du nombre de places de formation ni pour l'agrément des directeurs ;
 - et enfin, les formations de préparateurs en pharmacie hospitalière pour lesquelles la Région est uniquement chargée du fonctionnement et de l'équipement des centres de formations.

² C'est le cas pour toutes les professions réglementées : infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, audioprothésiste, opticien-lunetier, diététicien, préparateur en pharmacie hospitalière.

4. Le partage de compétences dans le domaine social

« Les formations sociales contribuent à la qualification et à la promotion des professionnels 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 ». Art. 52 de la Loi du 13 août 2004.

Compte tenu de la définition des domaines d'exercice des professionnels du secteur social, le périmètre des formations sociales transférées est plus étendu et est appelé à évoluer en fonction des nouveaux diplômes dont la décision de création est de la compétence de l'État.

- l'article 53 de la Loi du 13 août 2004 reconnaît aux Régions la responsabilité de définir et de mettre en œuvre la politique de formation des travailleurs sociaux dans le cadre des orientations arrêtées par le Ministre chargé des affaires sociales après avis du Conseil supérieur du travail social ;
- la Région a également la responsabilité de recenser les besoins (en collaboration avec les départements), d'agréer et de financer les établissements publics et privés dispensant des formations initiales ;
- l'État reste le garant du système de formation. Il garde les compétences en matière de réglementation, de création, d'organisation et de délivrance des diplômes ainsi que de contrôle des organismes de formation, de régulation et d'expertise. À ce titre, le représentant de l'État dans la Région reçoit et enregistre les déclarations préalables des établissements de formation souhaitant préparer à un ou plusieurs diplômes de travail social. En outre, il contrôle le respect des programmes, la qualification des formateurs et directeurs d'établissement et la qualité des enseignements délivrés par ces établissements pendant la durée des formations ;
- le Département, dans le cadre de ses compétences en matière d'action sociale et de santé (aide sociale à l'enfance, familles, personnes âgées et personnes handicapées, RMI...) est consulté par l'État sur le contenu des formations. Il est également associé dans la définition des besoins ;
- les établissements agréés par la Région pour dispenser des formations sociales souscrivent avec elle une convention qui fixe les formations éligibles, les effectifs prévus par formation et les financements nécessaires. L'aide accordée par la Région se fait sous forme de subventions annuelles couvrant les dépenses administratives et celles liées aux activités pédagogiques ;
- le décret n° 2005-426 du 04 mai 2005 pris en application de la Loi du 13 août 2004 prévoit que les établissements procèdent à une double procédure d'habilitation pour pouvoir organiser une formation de travail social dans le cadre d'une mission de service public. Tout d'abord, ils doivent procéder à une déclaration préalable auprès de la DRASS qui statue sur les compétences pédagogiques de l'établissement. Ensuite, ces établissements doivent obtenir l'agrément de la Région. Celle-ci détermine l'opportunité de la création de la formation et la capacité technique de l'établissement à mettre en œuvre cette formation ;
- l'agrément des établissements de formations sociales par la Région n'est pas une compétence liée. Autrement dit, la Région n'a aucune obligation d'agréer un établissement de formation qui a fait l'objet d'une décision favorable du préfet dans le cadre de la déclaration préalable. Elle ne le fera que si elle souhaite financer cette formation dans le cadre de ses orientations au titre de la formation initiale ;
- l'article 53 de la Loi du 13 août 2004 ne prévoit pas de décret d'application permettant de préciser ce que recouvre la notion de « dépenses administratives et celles liées à l'activité pédagogique ». Pour la Direction générale de l'action sociale, il s'agit de la rémunération des personnels de direction et administratifs, de celle des enseignants permanents et vacataires, ainsi que de l'ensemble des frais logistiques liés à la mise en œuvre des formations. En l'absence de précision, il appartient aux conventions de financement prévues par l'article 54 de la loi de fixer la liste des dépenses prises en charge par la Région.

- la Région prend en charge les coûts pédagogiques liés à la mise en œuvre des formations sociales initiales. Toutefois, les établissements sont autorisés à percevoir des droits d'inscription et des frais de scolarité pour ces formations.

Remarque : la circulaire du 1^{er} septembre 2006 relative à la mise en œuvre des dispositions de la Loi du 13 août 2004 concernant les formations sociales (articles 52 à 55) apporte des précisions quant aux modalités de partage et d'exercice des compétences dans ce domaine.

Aussi, les services de l'État sont chargés de définir les modalités de partage d'information, de coopération et d'articulation entre l'État et la Région en ce qui concerne la réalisation des schémas régionaux de formations sociales et les sujets relatifs aux établissements de formation. Pour cela, la circulaire invite à la conclusion et à la mise en œuvre de protocoles régionaux afin de permettre une coordination entre les actions des services de l'État et celles menées par la Région. Par ailleurs, la circulaire incite au développement de partenariats avec les collectivités territoriales, les établissements de formation, les associations de l'intervention sociale et les branches professionnelles afin de favoriser le développement de la qualification.

Le rôle de l'État dans la mise en œuvre des objectifs qualitatifs définis par le schéma national des formations sociales (2001-2005) est conforté par la circulaire du 1^{er} septembre 2006. Rappelons que ces objectifs définis dans le cadre des orientations arrêtées par le Ministre chargé des affaires sociales après avis du Conseil Supérieur du Travail Social visent l'évolution de l'architecture des diplômes, l'adaptation et la coordination de l'offre de certification, la qualité des formations dispensées et la diversification des voies d'accès aux formations et aux diplômes.

La circulaire du 1^{er} septembre 2006 définit un cadre pour l'adaptation qualitative de l'offre de certification. Il s'agit de s'appuyer sur des diplômes généralistes attestant de compétences génériques propres à chaque métier et sur une offre de qualification lisible par le développement concerté et non inflationniste des certifications. L'adaptation qualitative de l'offre de certification doit s'appuyer également sur des référentiels professionnels (fonction - activités et domaines de compétence) qui permettent de valider les acquis de

l'expérience et de mettre en évidence des domaines de compétences communs à plusieurs métiers facilitant ainsi les passerelles entre diplômes et la transversalité entre formations.

Toujours dans l'objectif d'adapter qualitativement l'offre de certification, la circulaire invite à développer l'alternance entre enseignement théorique et enseignement pratique afin de permettre aux employeurs de prendre toute leur place dans le processus de formation. Enfin, une instance de concertation avec les partenaires sociaux et institutionnels sur le contenu des formations et des diplômes (la Commission Professionnelle Consultative du Travail Social et de l'Intervention Sociale) sera un appui à cet objectif.

La circulaire liste les diplômes de travail social. Ce sont les diplômes suivants :

- Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Directeur d'Établissement Social (CAFDES)
- Diplôme d'État d'Ingénierie Sociale (DEIS), qui vient se substituer au diplôme supérieur en travail social
- Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale (CAFERUIS)
- Diplôme d'État d'Éducateur Spécialisé (DEES)
- Diplôme d'État d'Assistant de Service Social (DEASS)
- Diplôme d'Éducateur de Jeunes Enfants (DEEJE)
- Diplôme d'État d'Éducateur Technique Spécialisé (DEETS)
- Diplôme de Conseillère en Économie Sociale et Familiale (DCESF)
- Diplôme d'État relatif aux Fonctions d'Animation (DEFA)
- Diplôme d'État de Médiateur Familial (DEMF)
- Certificat d'Aptitude aux Fonctions de Moniteur Éducateur (CAFME)
- Diplôme d'État de Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale (DETISF)
- Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS)
- Diplôme d'État d'Aide Médico-Psychologique (DEAMP)
- Diplôme d'État d'Assistant Familial (DEAF)

La circulaire apporte également des précisions quant à l'exercice des compétences par la Région. Ainsi, le transfert aux Régions de la compétence d'agrément et de financement des établissements de formation concerne exclusivement la mise en œuvre de la formation initiale préparant à un diplôme délivré par l'État (diplômes de travail social).

La notion de formation initiale trouve également une précision puisque la circulaire reprend l'article L.900-1 du code du travail pour lequel « la formation professionnelle tout au long de la vie... comporte une formation initiale et des formations ultérieures destinées aux adultes et aux jeunes déjà engagés dans la vie active ou qui s'y engagent. Ces formations ultérieures constituent la formation professionnelle continue... La formation professionnelle continue a pour objet de favoriser l'insertion ou la réinsertion professionnelle des travailleurs, de permettre leur maintien dans l'emploi, de favoriser le développement de leurs compétences et l'accès aux différents niveaux de qualification professionnelle, de contribuer au développement économique et culturel et à leur promotion sociale. Elle vise également à permettre le retour à l'emploi des personnes qui ont interrompu leur activité pour s'occuper de leurs enfants ou de leur conjoint ou ascendants en situation de dépendance ».

Dans ce contexte, la circulaire précise que les compétences que la Loi du 13 août 2004 attribue aux Régions pour

la mise en œuvre de la formation initiale préparant aux diplômes de travail social s'ajoutent aux compétences générales des Régions en matière d'apprentissage et de formation professionnelle des jeunes et des adultes. En outre, il appartient aux Régions d'informer systématiquement les représentants de l'État des agréments accordés aux établissements de formation ainsi que du nombre de places d'étudiants financées au titre de la formation initiale. Ces informations sont transmises selon les modalités qui devraient être précisées dans le cadre des protocoles de coordination établis entre les services.

Enfin, concernant les aides financières accordées aux étudiants, la circulaire précise que seuls les étudiants inscrits dans un cursus de formation initiale dans les établissements agréés par la Région pour dispenser des formations sociales initiales peuvent bénéficier des aides de la Région. Les titulaires de ces bourses octroyées sur la base de critères sociaux sont exonérées de la cotisation étudiante d'assurance maladie dans les limites des plafonds de ressources et des taux des bourses de l'enseignement supérieur (arrêté du 12 janvier 2006 modifiant l'arrêté du 4 mars 2004 fixant les modalités d'exonération de la cotisation étudiante d'assurance maladie pour les étudiants boursiers). Au-delà des règles minimales, il appartient à chaque Région de déterminer le montant, les conditions d'attribution et les modalités de versement des aides qu'il attribuera.

5. Le développement des services à la personne

« Les services à la personne regroupent l'ensemble des services contribuant au mieux-être de la population sur leurs lieux de vie, qu'il s'agisse de leur domicile, de leur lieu de travail ou de loisirs.³ »

Différentes activités composent le secteur des services à la personne. Il s'agit essentiellement des métiers des services à la famille (garde d'enfants, soutien scolaire, maintien à domicile des personnes dépendantes...), des 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, actions d'information et de prévention...), des services associés à la qualité de vie quotidienne à domicile ou sur le lieu de travail (assistance informatique, portage de repas, petites réparations, coiffure, entretien de la maison, services de conciergerie en entreprise, assistance vie pratique...), des services liés au logement et au cadre de vie (gardiennage, jardinage, conseils ponctuels en aménagement...) et enfin, des services d'intermédiation (conseil juridique, assistance aux démarches administratives, aide à la recherche d'un logement...).

Le CESU pré-financé (financé en totalité ou partiellement par les employeurs privés et publics en direction des salariés, au même titre que les titres restaurant) devrait accroître la demande de services à la personne.

En plus du CESU, il faut rappeler que ce secteur est soutenu par un dispositif issu du plan de développement des services à la personne publié en 2005 : TVA à 5.5%, allègements des charges sociales, réduction d'impôts sur les le revenu... ce qui contribue à résoudre en partie au moins le problème de la solvabilisation des ménages pour acheter des services à domicile. Ce

plan prévoit également la création de 450 000 emplois en 5 ans, ce qui proportionnellement correspondrait à environ 10000 emplois à l'échelle de la Basse-Normandie. Il s'agirait ainsi du premier gisement d'emplois.

Dans un rapport consacré au secteur des services, le Conseil d'Analyse Économique identifie le secteur des services à la personne comme un secteur important pour la création d'emplois. Toutefois, il convient de rappeler qu'une grande partie des métiers relevant des services à la personne sont exercés, à temps partiel, par un public peu qualifié. La professionnalisation constitue un enjeu fort du développement de ce secteur, de même qu'une réelle reconnaissance de la qualification acquise. Les associations qui occupent une place prépondérante dans ce secteur voient se développer une offre en provenance d'entreprises qui s'organise au travers de projets d'enseignes nationales. Cette concentration des organismes pourrait, à terme, mettre en difficultés des petites structures malgré le développement prévisible.

Le développement des entreprises œuvrant pour les services aux personnes est spectaculaire : 3000 sociétés créées en 1 an, 800 millions d'heures travaillées en 2005, soit une hausse de 23%. Pour certains groupes de taille nationale, la croissance mensuelle des activités se fait même à deux chiffres.

En Basse-Normandie, des petites entreprises ont été créées (la liste de l'ANSP donne la liste exhaustive), mais aussi des entreprises qui se développent en réseau. Compte tenu de ce développement, la professionnalisation des personnels intervenant devient une urgence.

³ À lire : « Plan de développement des services à la personne : pour la constitution d'un pôle d'excellence nationale dans le secteur des services à la personne » - Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale

6. Le plan petite enfance

Avec 2.4 millions d'enfants de moins de 3 ans, la France possède l'un des taux de fécondité les plus élevés d'Europe. Tandis que 46% de ces enfants bénéficient d'un mode de garde aidé, 8% sont gardés par leur mère au foyer, 8% vont à l'école maternelle à 2 ans et 28% d'une garde de l'un des parents qui prend ainsi un congé parental, **10% ne trouvent pas de solution de garde satisfaisante.**

Pour répondre à ces besoins, le Plan Petite Enfance envisage de financer 72000 places de crèches entre 2002 et 2008, d'instaurer un nouveau statut pour les assistantes maternelles afin de rendre le métier plus attractif et plus sûr.

Afin de diversifier l'offre de garde, d'adapter la taille des crèches aux besoins de chaque territoire, de favoriser les crèches d'entreprise, de lever les freins réglementaires à l'ouverture de nouvelles crèches et de faciliter l'accès aux métiers de la petite enfance, **9 mesures ont été prises :**

- amplifier l'effort de création de places en créant 12000 places de crèches par an sur 5 ans dès 2007, et en augmentant de 60000 le nombre des assistantes maternelles,
- lever tous les obstacles au développement des places d'accueil et faciliter le recrutement des professionnels de la petite enfance en rénovant le décret qui fixe les règles d'encadrement et de fonctionnement des crèches,
- autoriser des micro-crèches à titre expérimental en modifiant le décret du 1^{er} août 2006,
- aider les petites et moyennes entreprises à créer ou faire fonctionner des crèches en permettant aux PME de mandater des gestionnaires de crèches pour négocier des « contrats enfance » avec les CAF,
- diffuser aux professionnels et à la PMI un guide d'accompagnement afin d'offrir les mêmes services sur le territoire en élaborant un guide avec l'ensemble des acteurs de l'accueil des jeunes enfants pour diffusion dès le début de l'année 2007,
- accompagner la mise en œuvre de la loi rénovant les professions d'assistantes maternelles et familiales en diffusant les référentiels d'application et un guide d'accompagnement dès le début de 2007,

- développer l'emploi dans les filières de la petite enfance en créant des « plates-formes de la petite enfance » dans toutes les régions, avec les rectorats, et en assurant la gratuité de ces nouvelles filières,
- mieux informer les familles sur toutes les possibilités de garde existantes en lançant dès novembre 2006 un site Internet (www.caf.fr), qui évoluera afin de délivrer une information régionale,
- assouplir les modalités du congé maternité en menant à bien une concertation avec les partenaires sociaux afin de permettre, dès 2007, pour une grossesse qui s'est bien déroulée et avec l'accord du médecin, qu'une partie du congé avant l'accouchement soit reportée après l'accouchement.

Ce plan concerne à la fois les acteurs publics, les entreprises et les associations. Il induit des enjeux très importants en termes de formation et d'emplois. Les objectifs sont ambitieux puisqu'ils visent à l'instauration dans toutes les régions d'une plate-forme de formation aux métiers de l'aide à la personne d'ici à 2009 afin de développer les formations aux métiers de la petite enfance, à l'exemple des expérimentations déjà menées dans les académies de Créteil, Toulouse et Versailles.

Il s'agit ainsi d'ouvrir de nouvelles sections de formations gratuites pour permettre notamment aux élèves les plus défavorisés d'accéder à la qualification. Pour cela, le Plan incite l'ensemble des partenaires concernés (Régions, écoles de formation, académies...) de s'associer pour garantir les conditions de réalisation des objectifs pour chaque territoire en favorisant l'accès des candidats aux formations continues et à la VAE en ce qui concerne les formations suivantes : CAP « Petite enfance », Aide-soignant, auxiliaire de puériculture, auxiliaire de vie sociale et aide à domicile. Le Plan envisage également d'accroître les qualifications, à partir du 1^{er} janvier 2007, en reposant la formation des assistantes maternelles sur la 1^{ère} unité professionnelle du CAP « Petite enfance » et en rénovant le BEP « Carrières sanitaires et sociales ».

Le calendrier suivant a été arrêté :

- Novembre 2006 : circulaire aux DRASS et aux Recteurs d'académie (pour les Régions), aux préfets, aux DDASS et aux inspecteurs d'académie (pour les départements), afin d'effectuer un diagnostic précis des besoins locaux en matière de métiers de la petite enfance et de mettre en œuvre les plates-formes dans les académies.
- Décembre 2006 : envoi d'un guide d'accompagnement des plates-formes, élaboré en concertation avec les Régions, les Départements, l'Éducation Nationale, la Direction générale des affaires sociales et la Direction générale de la santé.
- Janvier 2007 : réalisation, par les rectorats, d'un état des lieux des besoins en formation du secteur des services à la personne et à la petite enfance pour les prochaines années.
- Septembre 2007 à septembre 2008 : mise en place des plates-formes et ouvertures de nouvelles sections.



7. Les diplômes du Ministère de la Jeunesse et des Sports et de la Vie Associative

Le Ministère de la Jeunesse, des Sports et de la vie associative met en place et délivre six diplômes d'État qui couvrent l'ensemble des secteurs de l'animation sportive et socioculturelle. Ces diplômes sont les suivants :

- Le Brevet d'État d'Éducateur Sportif (BEES) de niveau IV. Le BEES est destiné à l'exercice d'une activité d'enseignement, d'encadrement ou d'expertise dans une discipline sportive et accessible à partir de 18 ans.
- Le Diplôme d'État de directeur de projets d'animation et de développement (DEDPAD). C'est un diplôme de niveau IV qui atteste d'une qualification professionnelle pour la conception, la mise en œuvre et la gestion de politique d'animation et de développement conduites avec ou à partir de structures sportives, sociales ou culturelles. Sont concernés par ce diplôme, les professionnels des secteurs sportif, socioculturel et du développement social pouvant justifier de 3 années au moins d'expérience d'encadrement et titulaires d'un DEFA, BEES 2ème degré, DEUG..., ou pouvant justifier d'une expérience d'animation d'au moins 5 ans au sein d'associations sportives, d'éducation populaire, de jeunesse agréés ou œuvrant dans le secteur du développement social.
- Le Diplôme d'État relatif aux Fonctions d'Animation (DEFA) (Niveau III). C'est un diplôme interministériel du Ministère de la Santé et des affaires sociales et du Ministère de la Jeunesse et des Sports. La formation au DEFA s'adresse à des animateurs exerçant des fonctions d'encadrement. Elle conduit à la prise de responsabilité au sein d'associations, de collectivités et d'entreprises. Pour s'inscrire au DEFA, il faut justifier de 3 ans d'activités professionnelles à temps complet ou de 3 ans d'exercice d'activités d'animation par périodes minimales continues de 3 mois ou de 3 années cumulées pouvant comporter des périodes d'activités professionnelles et d'activités d'animation répondant aux conditions citées ci-dessus ou enfin, être titulaire du Brevet d'Aptitude à l'Animation Socio-éducative (BASE).
- Le Brevet d'État d'Animateur Technicien de l'Éducation Populaire et de la Jeunesse (BEATEP). Le BEATEP est un diplôme de niveau IV qui concerne plus particulièrement les animateurs désirant se perfectionner et approfondir leurs connaissances pédagogiques. Pour être admis à la formation, il faut être âgé d'au moins 18 ans et être titulaire soit d'un diplôme de niveau V minimum assorti d'une expérience professionnelle ou bénévole d'au moins 60 jours dans l'animation, soit du BASE, soit du BAPAAT (Brevet d'aptitude professionnelle d'assistant animateur technicien de la jeunesse et sports), soit justifier de 2 ans d'expérience professionnelle dans l'animation ou la spécialité choisie
- Le Brevet d'Aptitude Professionnelle d'Assistant Animateur Technicien de la Jeunesse et des Sports (BAPAAT). C'est un diplôme de niveau V commun au secteur socioculturel et sportif qui constitue le premier niveau de qualification pour l'animation et l'encadrement des activités sportives et socioculturelles. Pour s'inscrire, le candidat doit être âgé de 16 ans au minimum sans condition préalable de diplôme.
- Le Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et du Sport (BPJEPS). Ce diplôme de niveau IV a été créé en 2001 et atteste de la possession des compétences professionnelles indispensables à l'exercice du métier d'animateur dans le champ de la spécialité obtenue. En Basse-Normandie, le BPJEPS Spécialité Animation Sociale est peut-être appelé à se développer. Actuellement, il existe une formation conduite par l'UFCV à Hérouville-Saint-Clair avec 20 stagiaires ayant des statuts très différents. Pour 2008, 2 demandes d'ouverture de formations ont été reçues. Par ailleurs, il existe 2 certificats de spécialisation « Animation et insertion sociale » et « Animation et maintien de l'autonomie de la personne ». Dans le cadre d'une prochaine formation BPJEPS « Loisirs tous publics », un de ces 2 certificats sera sans doute proposé.

8. Les partenaires publics, associatifs et privés du secteur sanitaire et social

La Fonction Publique Hospitalière

Le secteur public hospitalier est représenté par l'ANFH. L'ANFH est une association paritaire qui assure la gestion et la mutualisation des fonds versés au titre de la formation continue par les établissements publics adhérents. L'ANFH réunit la Fédération Hospitalière de France (FHF) et les syndicats d'employés. La FHF rassemble plus de 1.000 établissements publics de santé

(hôpitaux) et autant de structures médico-sociales (maisons de retraite et Maisons d'Accueil Spécialisées autonomes), soit la quasi-totalité des établissements du secteur public. Les établissements doivent adhérer à l'ANFH pour bénéficier de ses prestations. Le CHU de Caen n'est pas adhérent à l'ANFH.

La Fonction Publique Territoriale

Celle-ci est composée par les employeurs publics territoriaux que sont les Conseils Généraux, les communes et les centres communaux d'action sociale

Le secteur para-public

Il est représenté par des organismes tels que les Caisses d'Allocations Familiales(CAF).

Le secteur privé lucratif

- le secteur lucratif se structure autour d'établissements relevant de convention Fédération Intersyndicale des Établissements d'Hospitalisation Privée, de l'Union Hospitalière Publique, CRRR (Syndicat national des cliniques de convalescence, régime, repos et établissements d'accueil pour personnes âgées), Fédération nationale des établissements médicaux pour enfants et adolescents (FNEMEA).
- le périmètre d'intervention de l'OPCA FORMAHP est celui de l'hospitalisation et des activités médico-sociales privées.

Le secteur libéral

Le secteur libéral regroupe les pharmacies d'officine, laboratoires, cabinets médicaux et dentaires ou d'ailleurs chaque composante a sa propre convention collective. L'OPCA du secteur libéral est l'OPCAPL.

Le secteur privé associatif

- le secteur associatif sanitaire est composé d'établissements tels que des centres de lutte contre le cancer, l'établissement français du sang, et des établissements privés d'hospitalisation. Ces activités participent au Service Public Hospitalier (SPH).
- Le secteur associatif social et médico-social est composé d'établissements et services gérés par des associations à but non lucratif constituant des dispositifs de prise en charge et d'intervention : que ce soit en hébergement ou à domicile pour des enfants, adolescents, jeunes adultes ou familles en difficultés ou handicapés (Maisons d'enfants à caractère social, instituts médico-éducatives, foyers d'adolescents, services d'action en milieu ouvert, ESAT...).

▶ ▶ ▶ LES PARTENAIRES PUBLICS, ASSOCIATIFS ET PRIVÉS
DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL

Ce secteur relève principalement de 2 conventions collectives (1951 et 1966) et des conventions spécifiques notamment celles de la Croix-Rouge et des centres de lutte contre le cancer.

L'UNIFED, Union des fédérations et syndicats nationaux d'employeurs sans but lucratif du secteur sanitaire, médico-social et social est constituée du regroupement de six syndicats d'employeurs du secteur privé à but non lucratif.

- FEHAP : Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Assistance Privés
- FEGAPEI : Fédération Nationale des Associations de Parents et Amis Employeurs et Gestionnaires d'Établissements et Services pour Personnes Handicapées mentales
- SNASEA : Syndicat National des Associations pour la Sauvegarde de l'Enfant à l'Adulte
- SOP : Syndicat Général des Organismes Privés sanitaires et sociaux à but non lucratif
- FNCLCC : Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer
- La Croix-Rouge Française

Ces organisations d'employeurs ont souhaité nouer entre elles des liens étroits en se constituant en branche professionnelle et en créant, le 15 juin 1993, l'Union des Fédérations et Syndicats Nationaux d'Employeurs sans but lucratif du secteur sanitaire, social et médico-

social (UNIFED), fédération syndicale professionnelle conformément au livre IV du Code du Travail. La Croix-Rouge Française a rejoint l'UNIFED le 20 juin 1997. Par ailleurs, le 11 octobre 1993, l'UNIFED a signé avec des partenaires sociaux un protocole d'accord portant création de la Commission Nationale Paritaire Nationale de l'Emploi (CPNE) pour la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif. Enfin, le 11 mars 1996, l'UNIFED signe un nouvel accord avec les partenaires sociaux instituant la Commission Paritaire de Branche (CPB). En Basse-Normandie, l'UNIFED est représentée et organisée au sein d'une délégation régionale qui, le 15 mars 2006, en accord avec les partenaires sociaux a permis la création de la délégation régionale de la CPNE pour la branche sanitaire, sociale et médico-sociale.

Le secteur des services à la personne à domicile

Le secteur des services à la personne à domicile est composé de :

- La Branche de l'Aide à domicile des prestataires à but non lucratif (**BAD**) (1)
- La Fédération des entreprises de services à la personne membre du Medef (**FESP**) (2)
- Et la Fédération Nationale des Particuliers employeurs (**FEPEM**) (3)



(1) La branche aide à domicile des prestataires à but non lucratif est structurée autour de 6 organisations syndicales de salariés et des principales organisations d'employeurs suivantes :

- A DOMICILE Fédération Nationale (créée consécutivement à la fusion de la FNAID et de l'UNACSS Union Nationale des Associations Coordinatrices de Soins et de Santé).
- La FNAAFP/CSF : Fédération Nationale des Associations de l'Aide Familiale Populaire/Confédération Syndicale des Familles.

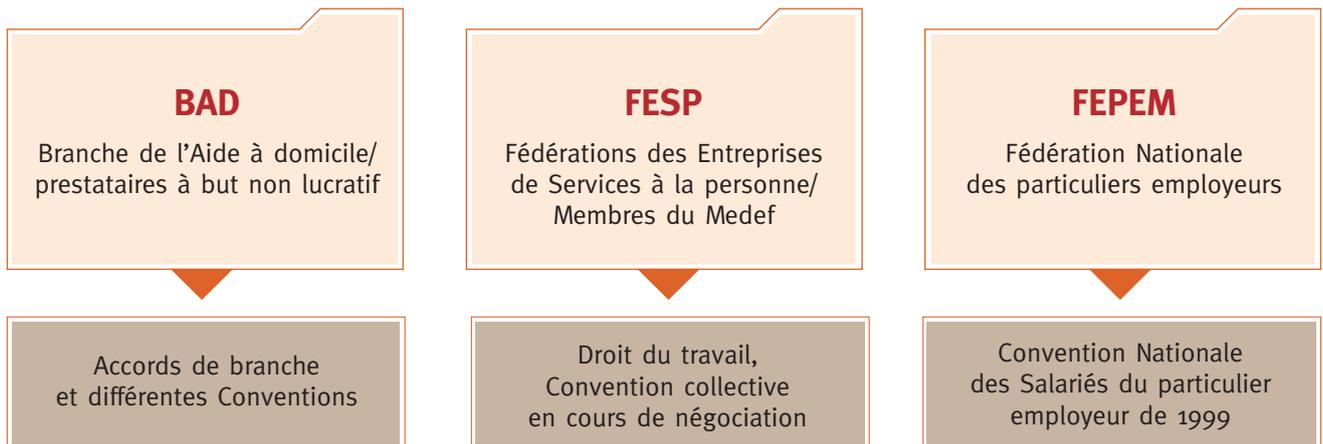
L'Union syndicale de la branche professionnelle du domicile (USB), est composée de :

- L'UNA (ex UNASSAD Union Nationale des Associations de Soins et Services à Domicile).
- L'UNADMR (Union Nationale des Associations D'aide à Domicile en Milieu Rural).
- L'ADESSA est née du rapprochement de la FNAFAD (Fédération Nationale Aide Familiale A Domicile) et de la FNADAR (Fédération Nationale Des Associations d'Aide à domicile en Activités Regroupées).

(2) La FESP représente Les entreprises du secteur privé qui ont décidé de redéployer leur organisation professionnelle. Le Conseil d'Administration du Syndicat des Entreprises de Services à la Personne (SESP) créé en 1997 par le Medef, a décidé dans sa séance du 21 février 2006, de créer la Fédération des Entreprises de Services à la Personne (FESP) afin d'accueillir l'ensemble des acteurs du marché des services à la personne (entreprises prestataires de différents métiers, émetteurs de CESU, plates-formes d'intermédiation ou enseignes).

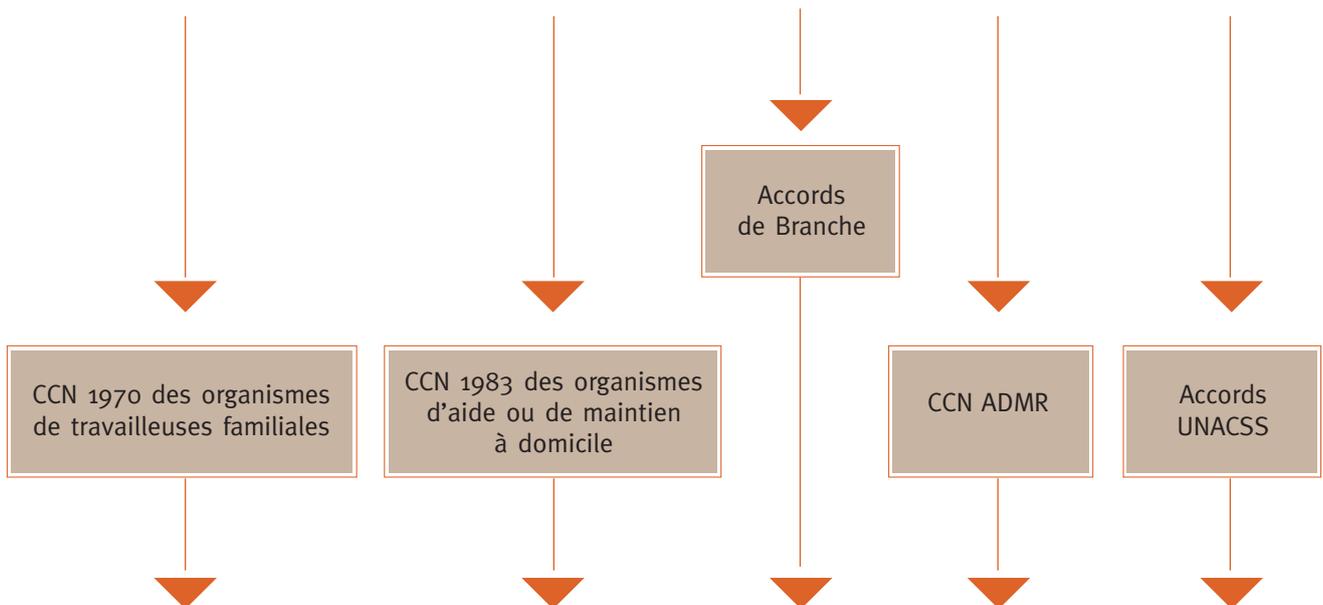
(3) La Fédération Nationale du Particulier Employeur est une organisation professionnelle qui représente 2,4 millions de particuliers employeurs. L'emploi direct à domicile concerne, pour une grande part, la garde d'enfants, le soutien aux personnes âgées et l'entretien de la maison (ménage, repassage, jardins). La fédération des employeurs particuliers adhère généralement à l'OPCA Agefos-PME. Cette fédération développe des certificats de qualification professionnelle.

**Acteurs et conventions applicables
dans le secteur des services à la personne à domicile**



Branche de l'Aide à domicile

A DOMICILE / FNAAFP-CSF / USB (ADESSA/UNA/UNADMR)



CONVENTION COLLECTIVE DE BRANCHE EN COURS DE NÉGOCIATION



9. Cartographies de l'offre de formations sanitaires et sociales en Basse-Normandie

Formation initiale 2005/2006

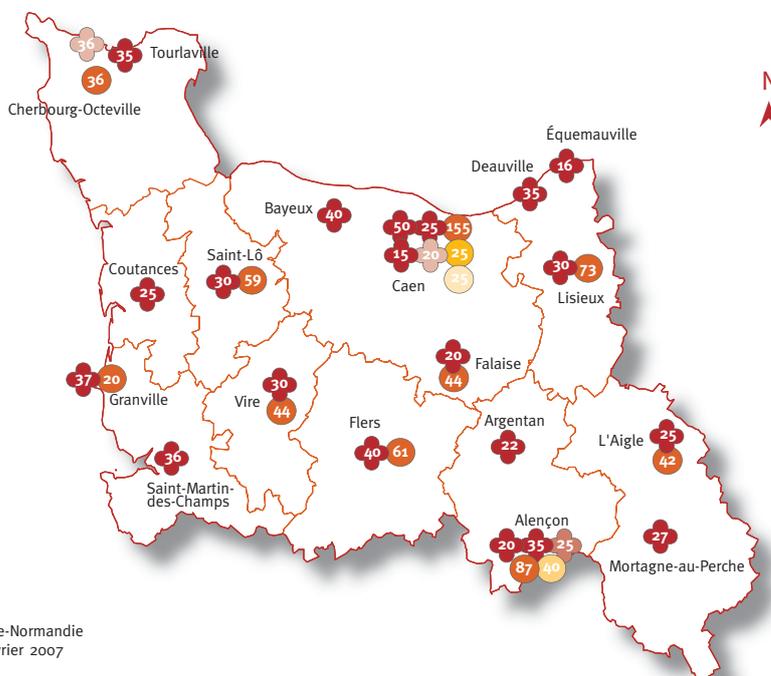
Flux d'entrée, filière sanitaire, diplômes Ministère des Affaires Sanitaires et Sociales, statut scolaire et étudiants

▶ DIPLÔMES DE NIVEAU V

-  Aide-soignant
-  Auxiliaire de puériculture
-  Ambulancier

▶ DIPLÔMES DE NIVEAU III

-  Infirmier
-  Sage-femme
-  Masseur kinésithérapeute
-  Manipulateur électroradiologie médicale

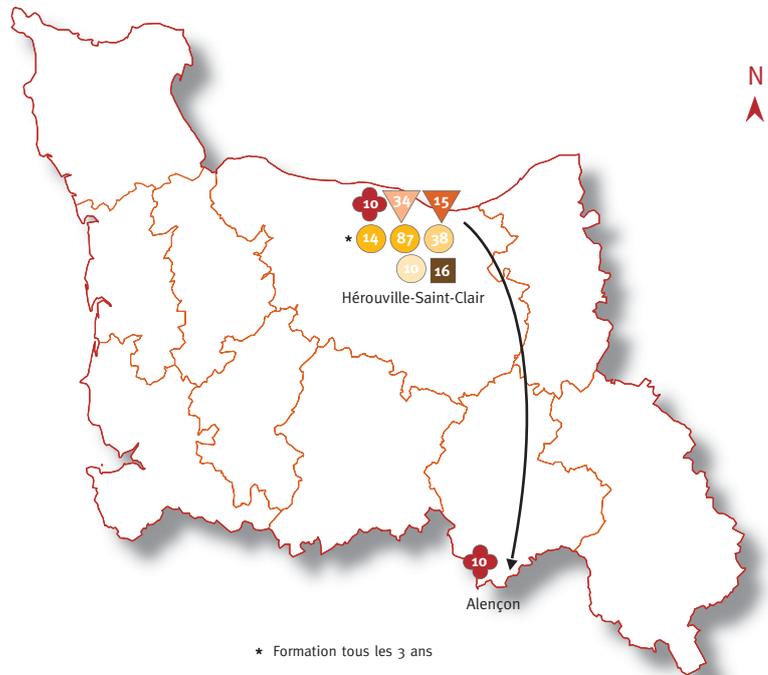


Sources : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Basse-Normandie
Réalisation : Atelier de Cartographie de la Région Basse-Normandie - Février 2007

Formation initiale 2005/2006

Flux d'entrée, filière sociale, diplômes Ministère des Affaires Sanitaires et Sociales, statut scolaire et étudiants

- ▶ **DIPLÔMES DE NIVEAU V**
 - ✚ Auxiliaire de vie sociale
- ▶ **DIPLÔMES DE NIVEAU IV**
 - ▼ Technicien de l'intervention sociale et familiale
 - ▼ Moniteur éducateur
- ▶ **DIPLÔMES DE NIVEAU III**
 - Éducateur spécialisé
 - Assistant de service social
 - Éducateur technique spécialisé
- ▶ **DIPLÔMES DE NIVEAU II**
 - Conseiller en économie sociale et familiale



Sources : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et sociales de Basse-Normandie
Réalisation : Atelier de Cartographie de la Région Basse-Normandie - Mars 2007

Formation initiale 2005/2006

Flux d'entrée, filière sanitaire, diplômes Ministère de l'Éducation Nationale, statut scolaire, étudiants et apprentissage

- ▶ **DIPLÔMES DE NIVEAU V**
 - ✚ CAP Prothésiste dentaire
- ▶ **DIPLÔMES DE NIVEAU III**
 - ▼ BTM Prothésiste dentaire
 - ▼ BP Préparateur en pharmacie
 - ▼ 1ère Adapt TN Sciences médico-sociales
 - ▼ BTN Sciences médico-sociales
- ▶ **DIPLÔMES DE NIVEAU III**
 - Prépa Concours santé
 - Prépa Écoles paramédicales
 - BTS Diététicien
 - BTS Opticien lunetier



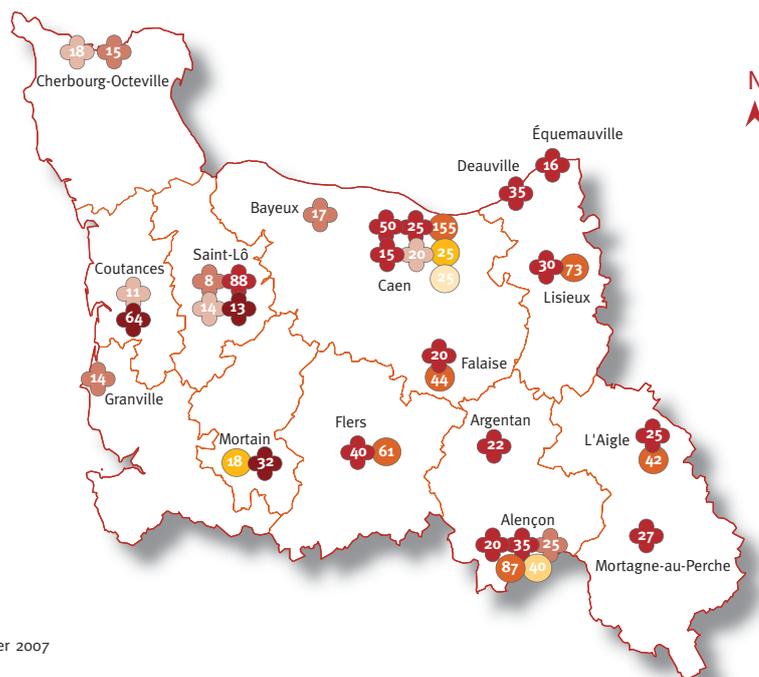
Sources : Rectorat de l'Académie Caen, Région Basse-Normandie
Réalisation : Atelier de Cartographie de la Région Basse-Normandie - Février 2007

CARTOGRAPHIES DE L'OFFRE DE FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES EN BASSE-NORMANDIE

Formation initiale 2005/2006

Flux d'entrée, filière sociale, diplômes Ministère de l'Éducation Nationale, statut scolaire, étudiants et apprentissage

- ▶ **DIPLÔMES DE NIVEAU V**
 - MC Aide à domicile
 - CAP Assistant technique en milieux familial et collectif
 - CAP Petite enfance
 - BEP Carrières sanitaires et sociales
- ▶ **DIPLÔMES DE NIVEAU III**
 - DUT Carrière sociale gestion urbaine
 - BTS Économie sociale et familiale
- ▶ **DIPLÔMES DE NIVEAU II**
 - Licence Pro Connaissance de la ville et métiers de l'intervention sociale

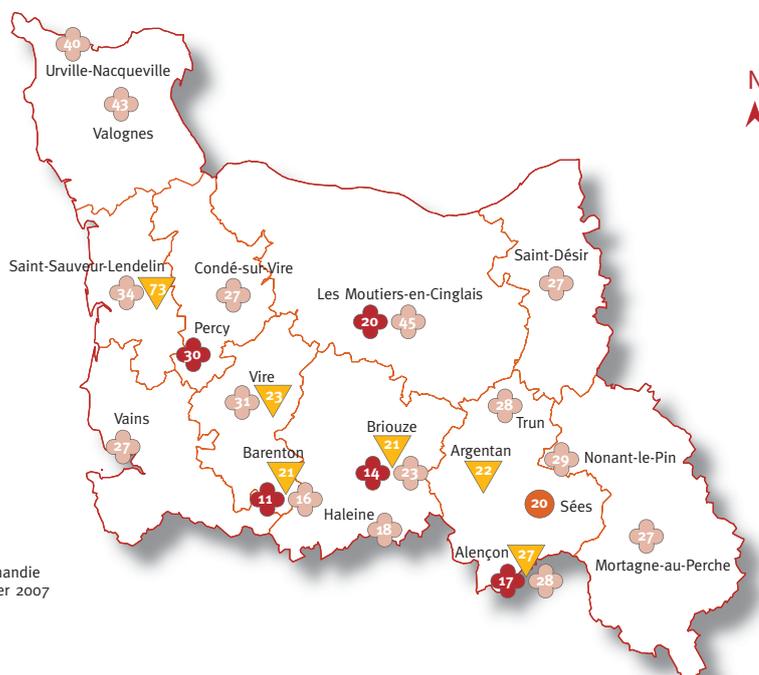


Sources : Rectorat de l'Académie Caen, Région Basse-Normandie
 Réalisation : Atelier de Cartographie de la Région Basse-Normandie - Février 2007

Formation initiale 2005/2006

Flux d'entrée, filière sociale, diplômes Ministère de l'Agriculture, statut scolaire et étudiants

- ▶ **DIPLÔMES DE NIVEAU V**
 - CAPA Services en milieu rural
 - BEPA Services aux personnes
- ▶ **DIPLÔMES DE NIVEAU IV**
 - BAC pro Services en milieu rural
- ▶ **DIPLÔMES DE NIVEAU III**
 - BTS Services en espace rural



Sources : Direction Régionale de l'Agriculture et de la Forêt de Basse-Normandie
 Réalisation : Atelier de Cartographie de la Région Basse-Normandie - Février 2007

Formation continue 2005

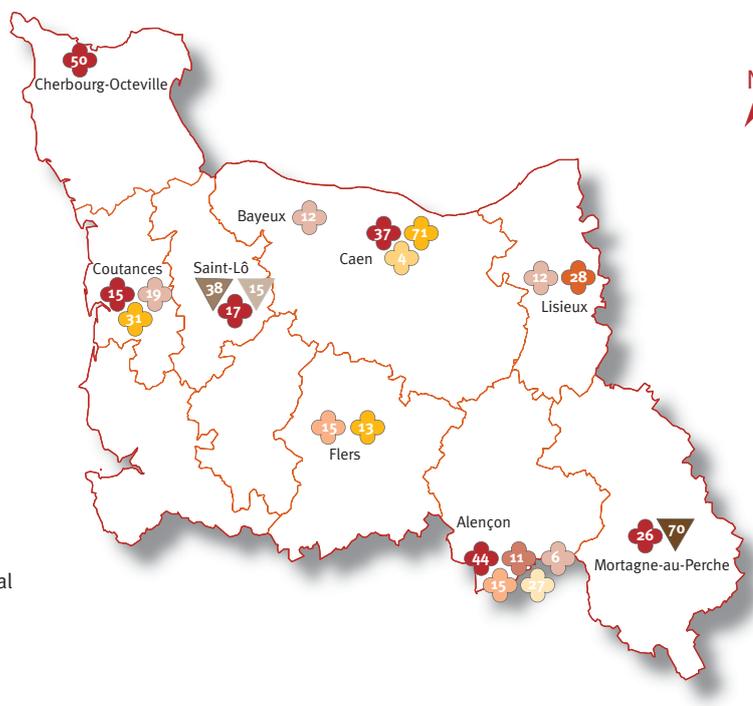
Actions qualifiantes territorialisées

DIPLÔMES DE NIVEAU V

- SOCIAL**
- Assistante de vie
 - Employé familial polyvalent et Assistant
 - DEAVS
- SANTÉ SOCIAL**
- pré-qualification sanitaire et social
 - Prépa vers les métiers de la santé et du social
- SANTÉ**
- Prépa au concours d'Aide-soignant
 - Prothésiste dentaire
 - Prépa vers les métiers de la santé

DIPLÔMES DE NIVEAU IV

- SANTÉ SOCIAL**
- Prépa vers les métiers de la santé et du social
 - Pré-qualification paramédical et sociale
- SANTÉ**
- Prépa vers les métiers de la santé



Sources : ASSEDIC Basse-Normandie, AFPA Basse-Normandie, Région Basse-Normandie
Réalisation : Atelier de Cartographie de la Région Basse-Normandie - Février 2007

Formation continue 2005

Actions individualisées

DIPLÔMES DE NIVEAU V

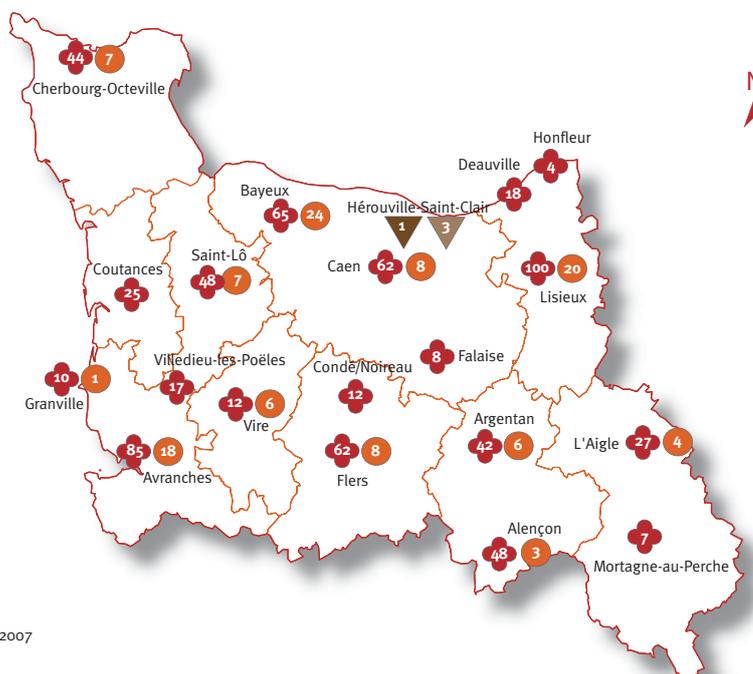
- Aide-soignant

DIPLÔMES DE NIVEAU IV

- Assistante sociale
- Moniteur éducateur

DIPLÔMES DE NIVEAU III

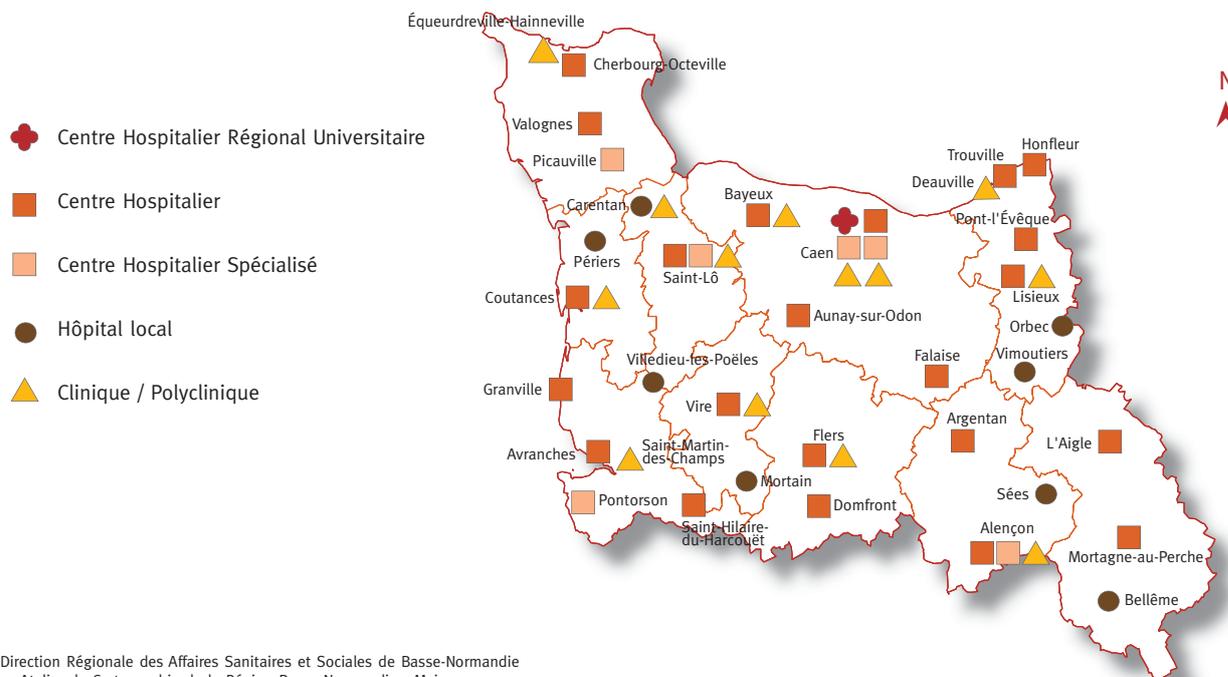
- Infirmier



Sources : Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle de Basse-Normandie, Région Basse-Normandie
Réalisation : Atelier de Cartographie de la Région Basse-Normandie - Mars 2007

CARTOGRAPHIES DE L'OFFRE DE FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES EN BASSE-NORMANDIE

Centres hospitaliers de Basse-Normandie



Sources : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Basse-Normandie
 Réalisation : Atelier de Cartographie de la Région Basse-Normandie - Mai 2007

10. La Validation des Acquis d'Expérience (VAE)

VAE 2005

	DEAVS	DEASS	DEMF	CAFERUIS	DPAS	CAP petite enfance	DESS	Assistant de vie
Livret 1	634	29	24	37	750	85	252	
Recevabilité	625	18	39	63	600	79	218	
Livret 2	313	12	28	14	232	24	100	
Entretien jury	247		13	14		(2006) 17/7	100	
Validation totale	92		3	7		(2006) 2/3	41	
Validation partielle	144		9	6		(2006) 15/4	40	
Aucune validation	11		1	1		0	19	
Validation totale VAE	89		0	0				
Validation totale mixte	30		0	0				
Diplômes validés	211		3	7		(2006) 2/3	41	

Source DRASS, DAVA, DDTEFP



11. Synthèses des réunions « Voix Publiques : Formation Professionnelle sanitaires et sociales »

Synthèse de la réunion « Voix Publiques : Formation Professionnelle - Sanitaire et Sociale » du 8 février 2007 à Alençon

« Mieux appréhender un secteur en tension »

L'Institut de Formations Sanitaires et Sociales (IFSS) d'Alençon a fêté, l'an dernier, son centenaire. Avec plus de 600 étudiants et élèves accueillis chaque année, le centre de formation Croix-Rouge ornais est à l'image de la vitalité du secteur sanitaire et social. À l'image de sa complexité aussi. Pour preuve, les témoignages des participants à la rencontre Voix Publiques accueillie à l'IFSS. Objectif de cette quatrième et dernière rencontre dédiée aux formations sanitaires et sociales en Basse-Normandie: recenser l'état de l'offre existante et permettre aux acteurs du terrain d'exprimer leurs besoins. En phase avec l'élaboration du Schéma régional des formations sanitaires et sociales.

Employeurs du secteur privé, du public, représentants associatifs, directeurs de structures de formation, représentants des institutions régionales, une cinquantaine de professionnels ont pris une part active aux débats et aux ateliers de la quatrième rencontre Voix Publiques dédiées aux formations professionnelles sanitaires et sociales. Une part d'autant plus active qu'elle était animée, pour beaucoup, par la volonté de témoigner au Conseil régional de Basse-Normandie - en charge du Plan Régional de Développement des Formations Professionnelles (PRDFP) - du manque de cohérence et de lisibilité qui fait défaut à ce secteur aujourd'hui. Au gré des échanges, même les plus experts avouaient volontiers découvrir l'existence de certaines formations évoquées et ne plus se repérer dans le dédale des diplômes et des certificats de compétences en vigueur.

Un constat partagé d'autant plus problématique que, comme l'a souligné Philippe Duron en préambule à la rencontre, ce domaine est décisif pour l'avenir de

la région, tant humainement qu'économiquement. « Le secteur sanitaire et social concerne environ 60 000 professionnels en Basse-Normandie ; soit 13% de la population active régionale. Plus que n'importe quelle autre filière. » Et le président du Conseil régional de souligner le vieillissement annoncé de la population bas-normande, donc « une demande de soins et d'accompagnement social qui va continuer d'aller croissante dans les années à venir. » Tous les professionnels ont conscience de cet enjeu dont les conséquences sur l'exercice de leur mission sont immédiates.

10 000 emplois à créer en Basse-Normandie

Jean-Paul Vimont, directeur de la formation à l'ISERP (Institut des Services à la Personne) d'Alençon et auteur de « Réussir sa création d'entreprise de services à la personne » (éditions Advancia) estime quant à lui à près de 10 000 le nombre d'emplois à créer dans les entreprises privées de ce secteur en Basse-Normandie. « Certes, on peut poser que les besoins se chiffrent à 450 000 emplois au niveau national, rétorque Serge Lotton, représentant du syndicat UNSA au centre hospitalier d'Alençon. Cela ne veut pas dire pour autant qu'il y aura 450 000 personnes intéressées par ces postes. Au-delà du quantitatif, il serait bon, d'abord, de s'interroger sur le qualitatif. »

L'organisation du travail, les horaires coupés, la pénibilité de certaines tâches et les salaires souvent bas constituent, en effet, des freins récurrents aux vocations pour les filières sanitaires et sociales. Avec les conséquences que cela implique. « Il faut appréhender la problématique de ces métiers à 3-5 ans, mais aussi à 20 ans, explique Christine Courty, directrice générale de l'IFSS. Une fois en place, combien de temps la personne

exerce-t-elle ? 10 ans ? Donc, sur une carrière, il faut en former 4 fois plus... »

Rationaliser l'offre de formations

Besoins importants mais vocations fragiles : le Schéma régional des formations sanitaires et sociales 2007-2010 - autour duquel la Région Basse-Normandie a engagé cette concertation - se donne précisément pour objectif de mettre en place les outils qui permettront de concilier offre et demande. À commencer par un nécessaire cadrage des structures et des formations proposées par les différents organismes. « Le domaine sanitaire et social est celui où il existe le plus de structures », observe Valérie Tourancheau, animatrice d'équipe professionnelle à l'ANPE d'Alençon.

« Sur 90 demandes d'ouverture pour la rentrée 2007, 35 concernent les formations sanitaires et sociales », renchérit Rémy Sueur, directeur général adjoint à l'éducation, la formation, la culture et les sports au Conseil régional. Exemple de projet : la création d'une licence professionnelle, pour l'instant intitulée, « management et structure des Services à la personne », annonce M'hamed Ayachi, le directeur de l'IUT d'Alençon. Objectif : aider les grandes enseignes et les structures publiques à encadrer les diplômés.

L'heure est bien à la rationalisation de l'offre de formation. Raison pour laquelle le Conseil régional propose que l'IRTS et l'IFSS soient désignés « têtes de réseau » de l'ensemble des structures de formation pour les trois départements bas-normands. « À mon sens, il reste néanmoins préférable d'ouvrir des formations dans des petites villes. Les étudiants y trouveront plus de possibilités de s'adapter et pour se loger », pointe, en écho, Stéphane Legueux, directeur de l'Institut de Formation en Masso-Kinésithérapie (IFMK) d'Alençon.

Redondance, non-reconnaissance et formations obsolètes

Au chapitre de la rationalisation des diplômes, les compétences relèvent davantage des services de l'État que de ceux de la Région. Or, les faits montrent que la concertation n'est pas de mise entre les différents ministères de tutelle pour rendre lisible les différents cursus et mettre à plat les différents contenus. Comme le résume Marie-Noëlle Galinier de la DDTEFP de l'Orne, « il y a souvent redondance entre les formations de même niveau. Qui plus est, certaines formations sont aujourd'hui obsolètes et inadaptées aux besoins des employeurs. »

S'il est difficile de s'y repérer pour les professionnels, que dire alors d'un jeune en pleine orientation professionnelle qui souhaiterait pouvoir se bâtir un cursus

cohérent ? La tâche est complexe... « On manque d'outils pour faire le lien entre formations et métiers », note Laurent Petit-Despieres, chef de travaux au lycée professionnel Flora Tristan de La Ferté-Macé. De son côté, Béatrice Dubois, directrice de l'EHPAD La Providence à Longny-au-Perche renchérit en pointant le problème de la non-reconnaissance de certains diplômes. « Par exemple, l'aide à domicile n'est pas reconnue par la DASS en maison de retraite. C'est le cas de nombreux diplômés dans nos établissements. Sincèrement, on s'y perd. Pourtant, les contenus entre diplômes reconnus et non reconnus sont souvent très similaires. »

Un observatoire au carrefour de l'offre et la demande

La proposition du Conseil régional de mettre en place un observatoire régional des formations sanitaires et sociales permettrait, dans un premier temps, de recenser et de gagner en visibilité sur l'état existant de l'offre. « Chacun à son niveau possède des éléments d'information. L'objet de cet observatoire serait de pouvoir les collecter et les analyser », explique Olivier Salmon, du service formation professionnelle du Conseil régional.

Objectif louable, mais comment organiser cette mission, s'interrogent les participants au débat. « En s'appuyant sur les réseaux déjà existants, en mutualisant les informations disponibles sur les différentes plates-formes, répond Marie-Noëlle Galinier. Sans doute aussi en s'appuyant sur les Maisons de l'emploi et de la formation. »

Valérie Tourancheau, elle, rappelle la nécessité d'associer les employeurs à l'observatoire. « Ce sont les employeurs qui connaissent la réalité des métiers, qui sont capables d'en expliquer les contraintes et les conditions de l'exercice. L'incidence de leur témoignage sur le choix d'orientation vers telle ou telle filière est décisive. Il est important que cet observatoire permette aux futurs salariés de se confronter déjà avec la réalité de ce qui les attend. » Un outil de recensement, d'analyse, de proposition, d'information et d'orientation donc.

Reste à savoir quelle forme physique prendrait cet observatoire. Une entité spécifique sur le territoire ou un service dédié au sein du Conseil régional ? La réponse n'est pas arrêtée d'emblée ; le but de ces rencontres participatives étant d'orienter les choix vers le maximum de pertinence. « Le problème, rappelle néanmoins Émile Lessard, chef de service à la DRAF-SRFD, c'est que, théoriquement, le recteur est déjà missionné pour mettre en place cette plate-forme. La question de la redondance avec l'observatoire se pose ! Les besoins en emplois existent. Les personnes pour y répondre aussi. Reste à trouver le bon format pour mettre tout cela en adéquation... »

► ► ► SYNTHÈSES DES RÉUNIONS « VOIX PUBLIQUES : FORMATION PROFESSIONNELLE - SANITAIRES ET SOCIALES »

Des pistes à explorer sur l'apprentissage

L'apprentissage peut-il être l'une des clés de la rencontre employeurs-employés ? La question est posée. « Pour l'heure en tout cas, l'apprentissage reste très peu développé et très marginal dans ces filières », constate Annie Rossi, directrice du service Plan Régional de Développement des Formations Professionnelles (PRDFP) au Conseil régional de Basse-Normandie. Sur le principe, la majorité des professionnels présents se dit intéressée d'ouvrir des voies dans ce domaine. À condition, comme le souligne, Émile Lessard, « d'entrer dans l'apprentissage le plus tard possible, afin d'assurer au jeune une culture générale de base. »

À l'IFSS d'Alençon, Lucile Dhainaut, directrice du CRF, explique qu'un projet pilote en Basse-Normandie est en cours d'élaboration sur le sujet. « Nous sommes en réflexion sur la mise en place d'une formation infirmière par l'apprentissage sur le mode de l'alternance intégrative. L'employeur est directement partie prenante du projet. Les jeunes possèdent un contrat de travail et sont salariés pendant les 3 ans de leur formation. L'IFSS est garant du respect des référentiels du diplôme d'État, mais la logique est bien de faire partir l'apprentissage de la réalité du terrain. » L'expérience pourrait concerner une vingtaine d'étudiant(e)s à l'horizon 2008. À suivre donc.

La VAE entre attentes et déceptions

Quid également de la Validation des Acquis par l'Expérience (VAE) pour apporter des solutions à la gestion des ressources humaines dans le secteur sanitaire et social ? Là aussi, la prudence semble de mise. « Les demandes se chiffrent à plus de 1700, mais le taux de réussite est d'environ 15% par diplôme », note Annie Rossi. Dans la salle une main se lève : « Il est logique que les personnes n'aillent pas au bout du processus de validation. Prenez la VAE Aide Soignante : c'est une véritable usine à gaz, très lourde et complètement démobilisante. »

De son côté, Rémy Sueur met le propos en perspective. « La validation des acquis est une mission de l'État. Or les DASS ou la DRASS sont surchargées par un certain nombre d'autres missions et la VA se trouve quasiment déléguée à un organisme intermédiaire. D'où, ici ou là, des parcours invraisemblables, alors que les attentes sont très fortes. » Un groupe de travail réunissant les partenaires sociaux et la Région est mis en place pour l'information et le conseil en VAE. Un appel à concurrence a été lancé pour organiser ce conseil personnalisé sur l'ensemble du territoire bas-normand.

Sur le terrain, la VAE n'a pas encore pleinement trouvé sa place. Chez les Aides Soignantes notamment, les

candidates craignent de se voir délivré « un diplôme au rabais » à l'arrivée. De leur côté, les AS qui ont suivi la formation initiale craignent que la VAE ne dévalorise leur diplôme. Le sentiment semble le même avec la perspective de la mise en place de la VAE IDE (Infirmière diplômée d'État). « Si l'on veut que la VAE soit reconnue, il est nécessaire que la personne produise un travail important pour l'obtenir. La difficulté est une condition de sa reconnaissance », résume Sophie Fauvellière, responsable « Services aux personnes » à la Mutualité française de l'Orne.

Un point de vue qui pose également la question de l'accompagnement de la personne engagée dans une VAE. Serge Lotton n'hésite pas à dire que, en la matière, « il n'existe pas d'accompagnement du tout. La personne doit se débrouiller seule. » La question des incidences financières se pose tout autant. Un employeur rappelle notamment que la personne conserve son ancienneté. « C'est ainsi que l'on se retrouve du jour au lendemain avec des infirmières de 13 ans d'ancienneté, explique-t-il. Toutes les entreprises n'ont pas la latitude pour faire évoluer leur masse salariale en fonction... ».

Gratuité pour la formation d'Aide Soignante

Ces employeurs, désireux d'aider leur personnel à évoluer dans leur carrière, achoppent également sur la formation tout au long de la vie. « C'est le parcours du combattant pour que des salariés partent en formation. Si nous n'avons pas de CIF, comment faisons-nous ? Il faut une motivation à toute épreuve pour vouloir former du personnel... »

Toujours est-il que des métiers continuent de faire l'objet de besoins importants. Au premier rang de ces métiers en tension : manipulateurs radio en centre hospitalier, ergothérapeutes ou psychomotriciens et les indispensables AMP (Aide Médico Psychologique) devenues, en particulier, aussi importantes auprès des personnes âgées que les AS.

Le dialogue se poursuit jusqu'au printemps avec les directeurs de structure afin de bâtir le Schéma des formations sanitaires et sociales. Celui-ci sera soumis à l'approbation de l'Assemblée régionale de juin prochain et annexé au PRDFP. D'ores et déjà, Philippe Duron a prévu de proposer à l'Assemblée régionale le principe de la gratuité de la formation d'Aide Soignante. « Cette mesure concernera 500 personnes chaque année qui, pour beaucoup, n'ont pas les moyens de déboursier 3200 euros pour leur formation. Le coût pour la Région sera d'environ 2 M€ par an. Mais cela nous semble une mesure de justice sociale. »

Synthèse de la réunion « Voix Publiques : Formation Professionnelle - Sanitaire et Sociale » du 31 janvier 2007 à Équeurdreville

« Plus de clarté avant tout ! »

Les formations sanitaires et sociales relèvent désormais des compétences de la Région qui doit en assumer l'organisation et le financement. Pour mieux cerner les besoins, coordonner l'offre et la demande, et favoriser entre autres un accès équitable à la formation, le Conseil régional a décidé de consulter les acteurs concernés. Les premières réflexions recueillies le 31 janvier à l'AFPA d'Équeurdreville, près de Cherbourg, seront prises en compte dans l'élaboration du schéma des formations sanitaires et sociales. Le document, soumis à l'adoption en juin 2007, sera annexé au Plan Régional de Développement des Formations Professionnelles (PRDFP).

« Complexe ». De l'avis général, le mot n'est pas trop fort pour qualifier la filière sanitaire et sociale. « En ce qui me concerne, j'aimerais avoir des données sur les débouchés qu'offre ce secteur, mais je découvre que c'est la "jungle" », témoigne Jean Hureau, chargé de mission du groupe FIM (le réseau des formations inter-consulaires de la Manche). « Nous manquons en effet de données récentes et précises pour certains métiers, tel celui d'aide-soignant notamment, ou pour toutes les professions sociales en général », confirme Annie Rossi, directrice du service Plan Régional de Développement des Formations Professionnelles (PRDFP) au Conseil régional de Basse-Normandie. La création d'un observatoire du secteur sanitaire et social semble dès lors faire l'unanimité. « Dans le cadre de la loi sur la formation tout au long de la vie, les branches professionnelles vont devoir mettre en place des observatoires nationaux. Pourquoi ne pas les obliger à décliner leurs données par région », suggère Catherine Lapoue, représentante CFDT.

« Cet observatoire doit permettre une prospective intéressante en terme d'emplois », poursuit Philippe Alan, conseiller technique du travail social au Conseil général de la Manche. « Que les gens suivent et paient une formation pour ne déboucher sur rien ne serait pas admissible », renchérit Jean Hureau.

Des formations pour quels besoins ?

En Basse-Normandie, les formations sanitaires et sociales enregistrent un fort taux d'attractivité : 4719 inscrits au

concours d'infirmier pour un quota, fixé par l'État, de 702 places, 1000 candidats au concours d'éducateur spécialisé pour 64 places... Mais qu'en est-il des besoins ? Les tendances divergent selon les métiers, les territoires, les structures.

« Dans le public, en ce qui concerne les infirmières, nous n'avons plus de besoins cruciaux comme ces dernières années, témoigne Brigitte Hébert, coordinatrice générale et directrice des soins au Centre hospitalier public du Cotentin. Caen n'embauche plus, Saint-Lô et Coutances non plus. » En passant les différents métiers en revue, on s'aperçoit que le recrutement d'assistants sociaux arrive aussi à saturation, selon Philippe Alan. « Au niveau du Département de la Manche, nous allons maintenant être dans le renouvellement, mais plus dans la création de postes ». Aujourd'hui d'ailleurs, sur les 76 assistants de services sociaux formés chaque année en Basse-Normandie, « beaucoup partent travailler en région parisienne », observe Geneviève Girard, responsable de la formation à l'Institut Régional du Travail Social (IRTS) à Hérouville-Saint-Clair (14). Il semblerait, également, que les besoins en éducateurs et techniciens d'intervention sociale et familiale (TISF) soient couverts dans la Manche.

Les aides-soignant(e)s, en revanche, semblent très recherchés sur certains bassins de vie, tel le Nord-Cotentin. « Le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de Beaumont peine à recruter, alerte Odile Kufel, bénévole de l'association de service à domicile ADMR. Alors que le Sud-Manche trouve du personnel ! ».

Simone Lemoigne, formatrice à l'AFPA d'Équeurdreville et sa consœur Valérie Fossey du Centre de Promotion Sociale (CPS) de Cherbourg, évoquent des inégalités que l'on travaille en milieu rural ou urbain. « En ville, les aides à domicile arrivent à faire 30 heures par semaine, tandis que c'est plus difficile à la campagne où le travail est plus précaire ».

À l'échelle nationale, la pénurie de kinésithérapeutes se confirme aussi en région, tout comme le manque de psychomotriciens, de manière toutefois moins évidente. En matière de petite enfance, on souligne également la nécessité et l'importance du CAP Petite enfance. « Il faudra aussi s'interroger sur les conséquences de la réforme handicap en terme d'emplois ».

► ► ► **SYNTHÈSES DES RÉUNIONS « VOIX PUBLIQUES :
FORMATION PROFESSIONNELLE - SANITAIRES ET SOCIALES »**

La Manche, cliente de formations

Caen et Alençon concentrent l'essentiel des formations sanitaires et sociales en Basse-Normandie. « De par ses compétences, ses établissements et sa mission de services à la population, le Département de la Manche est aussi très client de ces formations, souligne le conseiller général Marc Lefèvre. Il y a nécessité de proposer des formations de proximité. Nos jeunes sont assez peu mobiles ». Même si au sein du Conseil général, peu d'embauches sont à prévoir dans les années à venir, la création de nouveaux établissements, conséquence du vieillissement de la population, laisse en revanche présager de belles perspectives en termes d'emplois. Dans le détail : 250 postes d'infirmiers et d'aides-soignants d'ici à cinq ans en structures pour personnes âgées ; 200 places en Établissement de Service d'Aide par le Travail (ESAT) ; 140 places en foyer occupationnel pour personnes handicapées ainsi que 75 places en maison d'accueil spécialisée. « Dans la Manche, poursuit-il, les services à la personne représentent quatre millions d'heures par an. Avec une grande part de temps partiel, ce secteur est caractérisé par la précarité de l'emploi. Il faut assurer une meilleure reconnaissance des personnes qui interviennent à domicile ».

À Cherbourg, une formation « aide à domicile » a vu le jour avec le soutien de la Région. L'expérience a été appréciée et serait à renouveler.

On dénote également « une carence en matière de cadres. Les formations ne prévoient rien dans ce domaine pour le secteur public ».

Pour une meilleure lisibilité des formations

AMPS, AVS, aides-soignantes... Qui fait quoi ? « Disons que l'aide-soignante est dans une relation de soins, alors que l'AMP (aide médico-psychologique) et l'AVS (auxiliaire de vie sociale) sont quant à elles dans une relation d'aide, soit en structure, soit à domicile », éclaire Geneviève Girard.

Ces nuances, pas toujours faciles à distinguer entre les métiers, persistent dans le contenu des formations et les certifications. Celles-ci sont nombreuses et variées, et mériteraient, de l'avis général, une meilleure lisibilité. Certaines formations dépendent du Ministère des Affaires Sociales, d'autres de la Direction de la Jeunesse et des Sports..., « sans qu'il y ait de coordination interministérielle », commente Annie Rossi.

On déplore également la concurrence entre certains diplômes tels le BEP carrière sanitaire et sociale et le BEPA service aux personnes, « alors qu'ils sont complémentaires ». « Il faut jouer la carte de la cohérence et de la complémentarité. Entre les diplômes, les

modules arrivent à s'imbriquer », estime Isabelle Dandine, conseillère en formation continue au Greta des Estuaires.

Bien préparer l'accès à la formation

Le Conseil régional veut favoriser un accès à la formation respectueux des principes d'égalité et d'équité.

Au préalable, un travail en amont de la formation, dès l'orientation, semble nécessaire. Les abandons en cours de formation atteignent jusqu'à 30% chez les infirmiers. Le contact entre le candidat et le professionnel devrait intervenir dès l'orientation, car ce n'est souvent qu'en stage que l'élève se retrouve confronté à la réalité du métier (maladie,...). Les difficultés sociales (58% des élèves sont issus de parents ouvriers ou employés chez les aides-soignants, 48% chez les infirmiers...) et le coût lié à la formation expliquent aussi ces abandons dans certains cas. L'aspect financier revêt en effet un enjeu majeur dans l'accès aux formations sanitaires sociales. Philippe Duron, président du Conseil régional de Basse-Normandie, a d'ailleurs annoncé « un projet visant à acter la gratuité de la formation des aides-soignants ». « Il est totalement injuste que les écoles d'infirmières soient gratuites quand une formation d'aide-soignant coûte de 2300 à 3500 euros », explique-t-il.

Les stages posent aussi un problème financier pour certains. « Nous assistons à une pénurie des terrains de stage, note Christine Courty, directrice de l'Institut de Formation Sanitaire et Sociale de la Croix Rouge à Alençon. On propose donc des stages de plus en plus éloignés qui posent le problème du transport, de l'hébergement, et donc du coût ».

Alain Rose, proviseur du lycée Jean-François Millet à Cherbourg déplore aussi que « les élèves en prépa santé n'aient pas le statut d'étudiant qui leur permettrait de bénéficier de bourses et d'avoir accès aux services universitaires du CROUS ».

Favoriser les passerelles

Le problème de l'accès à la formation continue des auxiliaires de vie sociale mandataires a aussi été évoqué. « Les mandataires ont plusieurs employeurs, ce qui complique le financement de la formation. La plupart renoncent donc à se former », soulève Simone Lemoigne, formatrice à l'AFPA d'Équeurdreville. « Il y a certainement un travail à faire avec l'Agefos (1) qui redistribue l'argent ailleurs que dans ces métiers », suggère Catherine Lapouge, CFDT.

Les passerelles entre les différentes formations semblent par ailleurs manquer de lisibilité, selon Christine

Lesdos, directrice-adjointe de la Direction du Travail de la Manche. « Cela permettrait pourtant, notamment aux demandeurs d'emploi, de pouvoir se reconvertir sans s'engager pour autant dans une formation longue ».

Au chapitre de la formation tout au long de la vie, la VAE (Validation des Acquis par l'Expérience) a été l'objet d'une importante réflexion. Alors qu'il existe une très forte demande dans ce domaine, le nombre de reçus reste assez faible.

Les professionnels du secteur s'interrogent sur le décalage entre l'expérience du candidat et les compétences attendues sur le terrain. « La recevabilité à la VAE est actuellement purement administrative, il faudrait qu'elle soit aussi pédagogique ».

S'il est convenu que la VAE est un bon moyen d'accéder à la promotion professionnelle, notamment pour les auxiliaires de vie sociale et les "faisant fonction", il s'agirait néanmoins de différencier cette voie par métier. Il ne paraît ainsi pas logique d'accéder via la VAE à un métier d'infirmière, par exemple, sans véritable expérience en la matière.

Beaucoup suggèrent, par ailleurs, une meilleure orientation du candidat à la VAE, souvent désappointé lorsqu'il apprend, à l'issue d'un long processus, qu'il n'est pas reçu. On évoque aussi la nécessité d'une formation pour les jurys de VAE.

Concernant la voie de l'apprentissage enfin, Jean-Pierre Marie, délégué régional de l'Union des fédérations et syndicats nationaux d'employeurs sans but lucratif du secteur sanitaire, médico-social et social (Unifed) défend l'idée d'un centre de formation par apprentissage « hors murs » pour cette filière. Les avis sont très partagés. Certains estiment qu'il serait important de bien distinguer les métiers relevant du sanitaire et ceux du social qui présentent des problématiques différentes.

Les enjeux du Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales

En préambule aux ateliers, Laurent Beauvais, vice-président de la Région Basse-Normandie en charge de l'éducation, de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation a présenté les enjeux du Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales :

- coordonner l'offre et la demande
- prendre en compte les besoins dans l'ensemble des appareils de formations
- favoriser la diversité des voies d'accès
- favoriser les partenariats
- respecter les principes d'équité et d'égalité
- organiser la concertation régionale et territoriale.

Bilan d'étape de la mise en œuvre du PRDFP

Le Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales sera annexé au Plan Régional de Développement de la Formation Professionnelle (PRDFP), adopté le 3 février 2006. Rémy Sueur, directeur général adjoint à l'éducation, la formation, la culture et les sports au Conseil régional, a dressé un bilan d'étape de la mise en œuvre du PRDFP.

Des expérimentations territoriales ont ainsi été menées pour favoriser la mixité et rechercher des voies de réinsertion pour les jeunes sortis du système scolaire sans qualification.

La Région veut aussi contribuer à une meilleure information du public. Un livret « Réussir mes études en Basse-Normandie » est en projet. En mars 2007, une journée sur le thème « la formation tout au long de la vie » sera par ailleurs organisée.

En ce qui concerne la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE), dont elle soutient le développement, la Région a aussi mis en place un groupe de travail avec différents partenaires sociaux.

En ce qui concerne l'apprentissage, les besoins spécifiques en formation des Très Petites Entreprises ont été pris en compte, et un CFA de l'enseignement supérieur est en projet.

Synthèse de la réunion « Voix Publiques : Formation Professionnelle – Sanitaire et Sociale » du 7 février 2007 à Hérouville-Saint-Clair

Simplifier les Parcours

Depuis la loi du 13 août 2004, la Région est en charge de la compétence « formation professionnelle », y compris dans le secteur sanitaire et social. Son objectif est de pouvoir agir comme un « ensemblier de réseaux » afin de créer un véritable « service public » de formation. Les rencontres publiques, comme celles du 7 février à Hérouville ont pour vocation de recueillir la vision des acteurs concernés afin de saisir la diversité des structures et des territoires et agir ainsi sur des secteurs cohérents. Les fruits de cette consultation seront pris en compte dans l'élaboration du schéma des formations sanitaires et sociales. Ce document sera finalisé en juin 2007 et annexé au plan régional de développement des formations professionnelles (PRDFP).

La situation démographique actuelle (vieillesse de la population, départ de jeunes et arrivée de « seniors ») va générer des besoins de formation et de mise en activité plus importante de professionnels. Le secteur sanitaire et social doit donc être en capacité de proposer une réponse quantitative et qualitative à cet enjeu. Un rapide regard sur la situation régionale proposé par Annie Rossi, directrice du service prospective PRDFP à la Région, permet de constater une offre de formation à la fois dense et diversifiée.

M. Pouthier, de l'UNIFED (union des fédérations et syndicats nationaux d'employeurs sans but lucratif du secteur sanitaire, social et médico-social) complète ces données avec la présentation d'une enquête de l'ERREFOM (espace régional de ressources sur l'emploi, la formation et les métiers) menée auprès des employeurs du secteur. « La Basse-Normandie compte 300 établissements représentant 13 000 salariés, les trois quarts des établissements ayant moins de 50 salariés. 61% d'entre eux sont dans le secteur médico-social, 19% dans le sanitaire et 18% dans le social. 17% des salariés ont plus de 55 ans, dont 31% sur des postes d'encadrement. Les postes libérés par des départs en retraite concerneront principalement les métiers suivants : aides soignants, aide médico-psychologique, éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, chefs de service et directeurs ». Pour pouvoir répondre à cet « appel d'air » les acteurs devront être en capacité d'ici à l'horizon 2010 d'étendre et de structurer l'offre de formation.

Observer et informer

« Les jeunes ont besoin d'avoir une meilleure visibilité en termes d'emplois potentiels, ceci permettrait de faciliter les choix d'orientation » indique Yann Marty, directeur de la PAIO de Falaise. Pour Robert Bonnet, directeur de l'institut de formation des manipulateurs du CHU de Caen « on est dans le brouillard, on peine à faire le lien entre la demande et les capacités de formation ». Le développement d'une véritable fonction d'observation du secteur sanitaire et social peut être une réponse adaptée à ces problématiques. De l'avis général, il ne s'agit cependant pas de créer un nouvel observatoire, mais plutôt d'organiser la production et la diffusion des informations déjà produites en grande quantité que ce soit par l'ERREFOM, l'INSEE ou d'autres acteurs. Pour Agnès Benoit Gonin, de l'ANPE, il est important que cette fonction d'observation puisse mettre en œuvre une approche par métiers, métiers qui recouvrent souvent des réalités bien différentes. Pour Clarisse Dautrey de la Région Basse-Normandie, « il y a une différence à faire entre une information sur la filière d'activité et une information sur le métier visé. Cette volonté de transmettre une information lisible et claire ne doit pas amener les personnes à s'enfermer dans une démarche de type « catalogue », car le choix d'orientation renvoie également à une problématique de projet individuel et personnel. Un observatoire doit aussi pouvoir préciser les besoins par type d'établissements et de fonction pour que l'on puisse ensuite adapter l'offre de formation ». Pour Jean-Michel Godet, directeur de l'Institut régional du Travail Social de Basse-Normandie (IRTS), « la veille d'information doit permettre de faire le lien entre les besoins des employeurs et les différentes écoles et instituts de formation. La question du mode de diffusion de cette information est ensuite à poser. Pourquoi ne pas mobiliser des réseaux comme les CIO (centres d'information et d'orientation) afin de répercuter l'information aux jeunes ? » Pour Corinne Contard, cadre formatrice à l'IFSI de Granville « l'intérêt de l'observatoire est en effet de pouvoir disposer d'une connaissance de la réalité des secteurs d'intervention, afin de la communiquer ensuite au grand public. » Enfin, pour Bernard Pinet directeur de la maison d'accueil spécialisée la Vallière, cette fonction d'observation ne sera utile et pertinente que si « le périmètre de veille est bien défini, elle produit des données fiables pour peser dans la politique de formation, permet de gérer le flux d'entrée en formation et d'anticiper les départs à la retraite ».

La question des voies d'accès

La problématique de l'information sur les secteurs et les filières renvoie par ailleurs à la question de la diversité des voies d'accès à la qualification et donc à l'emploi. Alternance, apprentissage, formation initiale, VAE, la diversité des voies est soulignée comme un aspect positif, donnant la possibilité aux personnes de se construire un véritable parcours personnel et professionnel. Chaque voie d'accès rencontre cependant des difficultés qui lui sont propres. Unanimement salué, l'apprentissage pose néanmoins la question de la rémunération des stages. Leur faible niveau amène souvent les étudiants à avoir un autre emploi et complique donc l'obtention des diplômes. Autre écueil, l'apprentissage ne propose qu'un seul modèle à l'apprenant, au contraire de l'alternance, qui permet de multiplier les lieux de stage. Dans tous les cas, ce type de pédagogie est souvent confronté à la difficulté de trouver des lieux de stage, ainsi qu'à celle de proposer un encadrement adapté aux apprenants. La multiplicité des métiers et voies d'accès rend en effet parfois difficilement lisible les possibilités offertes en termes de formation et d'emploi. « Le premier problème est la méconnaissance initiale des conditions de travail et de salaire, couplée à l'isolement des personnels apprenants. Cette méconnaissance provoque bon nombre d'arrêts en cours de formation » énonce M. Baudin, de Force Ouvrière Basse-Normandie. « Les principaux entrants sur le marché du travail sont des jeunes, le plus souvent sur des remplacements ou des CDD » complète Serge Kroichvili, directeur du CREAI (centre régional d'études et d'actions pour l'insertion), « il faudrait donc pouvoir utiliser ce potentiel pour mieux intégrer les jeunes sur le marché du travail. Pourquoi ne pas créer un groupement d'employeurs afin de faciliter cette intégration et proposer des emplois plus stables ? »

Dans la même veine, M. Pouthier présente un projet de constitution d'un réseau d'employeurs permettant de mieux organiser les stages professionnels, afin d'éviter que les employeurs ne « subissent » l'absence des apprenants lors des périodes d'alternance. Autre possibilité, présentée par Yannick Soubien, Vice-président de la Région Basse Normandie, la mise en ligne du site Internet interrégional « Atoustage » qui devrait améliorer l'adéquation entre offre et demande de stages. Afin de répondre aux exigences nouvelles, l'organisation de la branche professionnelle au niveau des employeurs doit s'accompagner d'une évolution de l'offre de formation, notamment initiale. Mme Lefevre du rectorat de Caen présente ainsi les derniers remodelages de l'offre de formation avec une évolution du contenu disciplinaire du bac SMS désormais pensé comme une étape à des

études post-bac, la création d'un BTS « services et prestations du secteur sanitaire et social », ainsi qu'une refonte du diplôme de conseiller en économie sociale et familiale ». Jean Luc Veré, médecin de santé publique, membre du comité régional d'éducation à la santé indique la nécessité « de décloisonner les secteurs pour construire les pratiques de santé. Les enjeux de santé sont des enjeux de vie quotidienne qu'il convient d'intégrer dans les pratiques de formation. Trois aspects seraient à développer : prise en considération de la problématique santé dans les formations initiales du secteur sanitaire et social, le développement de la formation continue, et la définition de professions spécialisées d'éducation à la santé (chargé de projet éducation à la santé par exemple) ». Serge Kroichvili pose ensuite la « question du sens de l'action sociale et médico-sociale. Les évolutions du secteur doivent amener, dans le cadre de la formation initiale et continue, la prise en considération de problématiques telles que la participation des usagers, les évolutions des besoins à l'échelle d'un territoire et l'inclusion des personnes les plus marginalisées (autistes par exemple) ».

Nouvelle voie d'accès, la VAE (validation des acquis de l'expérience) n'est pas sans poser un certain nombre de questions. La difficulté de la VAE est de permettre à quelqu'un de « transcrire son expérience en compétence compréhensible par un examinateur » indique Rémy Guilleux, président de l'Union Départementale des Associations Familiales du Calvados (UDAF) et membre du conseil économique et social régional (CESR). Pour Lydie Duguet, cadre de santé, formatrice à l'IFSI de Granville « la VAE est un véritable parcours du combattant ou le candidat doit apporter la preuve écrite et orale de sa compétence. Du point de vue des formateurs et des jurys d'admission, la VAE impose un changement de posture par rapport à la formation initiale. Il est nécessaire de développer un système d'accompagnement des personnes plus efficace ». Pour les faibles niveaux de qualification les dossiers de VAE réclament en effet un niveau minimal de pratique et de maîtrise de la langue que beaucoup ne possèdent pas. « Il est également nécessaire de former les personnes au rôle de jury afin de réellement prendre en compte les particularités de la démarche de VAE ». Clarisse Dautrey précise que les demandes de VAE concernent en majorité les diplômes des ministères de la Santé et de l'Éducation Nationale et que celle-ci peut être partielle et accompagnée de formations complémentaires permettant ainsi de travailler sur les transferts de compétences et les changements de métier en cours de carrière. La montée en puissance de la modularisation des formations, avec l'individualisation des parcours qu'elle suppose impliquera par ailleurs une véritable adaptation de l'appareil de formation.

► ► ► **SYNTHÈSES DES RÉUNIONS « VOIX PUBLIQUES :
FORMATION PROFESSIONNELLE - SANITAIRES ET SOCIALES »**

Les faibles niveaux de qualification

Cette adaptation paraît particulièrement nécessaire pour les faibles niveaux de qualification (niveaux 5). Ce type d'emplois va être amené à se développer dans les secteurs médico-sociaux et de l'aide à la personne. Ces emplois sont en général précaires, peu payés et souvent occupés par des « faisant fonction » c'est à dire des personnes ne possédant pas la qualification. Elles développent donc une compétence professionnelle difficilement transférable dans un autre établissement ou service. Le paradoxe est qu'il existe un grand nombre de certifications de niveau V, sans qu'il existe de réelle passerelle entre les formations. Dès lors, « il serait intéressant d'aller vers un tronc commun à l'ensemble de ces formations, cela afin de permettre la poly-compétence et la mobilité professionnelle » propose Jean Marc Brien président de Handicap Citoyen. Pour Mme Charlot, de l'ALFAH (alternance, formation, apprentissage, handicap), « le profil des personnes occupant des emplois de

niveau V dans le secteur de l'aide à domicile, couplé au fort taux de rotation des personnels pose la question du maintien de la formation initiale pour ce type d'emploi ». Autrement dit, « doit-on continuer à former des travailleurs pauvres ? » Clarisse Dautrey précise que la position de la Région est ici de former et accompagner les personnes déjà en poste, en se concentrant donc sur la notion de parcours.

M. Guilleux abonde en ce sens et précise que « la montée en compétence peut être un moyen de faire évoluer ce secteur d'activité ».

Les représentants du CODERPA (comité départemental des retraités et personnes âgées) insistent également sur la précarité des salariés du secteur de l'aide à domicile (techniciens de l'intervention sociale et familial et auxiliaires de vie sociale). Chacun s'accorde enfin à dire avec M. Godet qu'un choix dans le mode de professionnalisation de ces métiers doit être effectué entre la formation initiale et continue.

Synthèse de la réunion « Voix Publiques : Formation Professionnelle – Sanitaire et Sociale » du 6 février 2007 à Vire

Une difficile adéquation entre offres et besoins en formation

Orientation des jeunes, création d'un observatoire des métiers sanitaires et sociaux, stages, VAE... C'est à travers ces différentes questions que les participants à la seconde journée « Voix publiques » consacrée aux formations sanitaires et sociales, ont alimenté la réflexion engagée par la Région Basse-Normandie dans le cadre du Schéma régional des formations sanitaires et sociales. Cette rencontre, riche et instructive, a permis de mieux cerner les besoins et de discuter sur la difficile adéquation entre l'offre et la demande en matière de formation.

« Un lycée, n'est-ce pas le bon lieu pour aborder les questions de formation ? » Michel Bezar, proviseur du Lycée Marie Curie de Vire dans le Calvados, se réjouit d'accueillir cette seconde journée de concertation sur le thème de la formation professionnelle sanitaire et sociale, organisée dans le cadre du projet de schéma régional des formations sanitaires et sociales 2007-2010. Ce document, dont l'adoption est prévue pour le mois de juin prochain, sera annexé au plan régional de développement des formations professionnelles (PRDFP), qui a été adopté en juin 2005.

Philippe Duron, président de la région Basse-Normandie, souhaite que cette rencontre soit l'occasion de recenser les besoins et les attentes en matière de formation et de mieux connaître l'offre et la demande, les spécificités des publics, des territoires et des métiers concernés... Il explique que la Région n'a ni les moyens, ni les compétences pour niveler toutes les inégalités dans ce secteur, néanmoins, il évoque le projet régional de prendre en charge les frais d'inscription des formations d'aide-soignant (entre 2500 et 3500 euros) afin de réparer une injustice vis à vis des infirmiers dont la formation est gratuite.

L'état des lieux de la formation sanitaire et sociale en Basse-Normandie présenté par Annie Rossi, directrice du service prospective-PRDFP à la Région, révèle une réalité complexe du fait de la diversité des métiers, du statut des organismes de formation, des certifications ou diplômes auxquels elles mènent, de leur financement, du statut des élèves... Difficile de chiffrer dans ces conditions l'offre et les besoins réels en formation et de gérer des demandes d'inscriptions aux concours parfois plus nombreuses que les places disponibles.

Des initiatives comme l'observatoire régional des emplois et des qualifications mis en place par la

Délégation régionale de l'Union des fédérations et syndicats nationaux d'employeurs sans but lucratif du secteur sanitaire, médico-social et social, l'Unifed, est à ce titre intéressant. Il permet de mieux comprendre les évolutions du profil des salariés, des effectifs, les évolutions structurelles des filières médico sociales qu'elle représente (300 établissements et 13 000 salariés en Basse-Normandie). Via son observatoire, elle estime par exemple à hauteur de 200 postes d'infirmiers et autant d'aide-soignants libérés dans les trois ans à venir pour cause de départs. Le souhait de l'Unifed est de mener ce travail d'observation avec d'autres branches professionnelles via une plate-forme régionale. Une proposition reçue favorablement par Laurent Beauvais, Vice-président de la région, et par les participants de cette journée et ce pour plusieurs raisons. Pour Brigitte Fossey, directrice de l'Aide à domicile de l'Orne, un tel outil permettrait de savoir s'il y a de l'emploi derrière telle ou telle formation, un argument qui peut rassurer des personnes qui s'engagent dans une reconversion. Pour d'autres, il favoriserait le suivi de l'évolution des métiers et l'apparition de nouvelles professions, suite notamment à la Loi Borloo. Faut-il créer un outil ou décliner à un niveau régional des observatoires nationaux déjà existants ? La question est posée. Le représentant de l'ASEDIC espère simplement que les données qui en sortiront seront fiables, « pour ne pas laisser des gamins s'engouffrer dans de mauvaises voies ».

En attendant cet observatoire, quels sont les besoins en matière de formation ? D'après les témoignages, il faudrait former du personnel d'encadrement dans les structures d'aide à domicile et conserver autant de techniciens de l'intervention sociale et familiale (TISF) et d'infirmiers qu'actuellement (le turn-over et l'usure dans cette profession est important). Il faudrait un peu plus d'aide médico-psychologique (AMP) en formation initiale et un peu moins d'éducateurs spécialisés qu'aujourd'hui. Les éducateurs de jeunes enfants sont quasi inexistantes dans la région. La demande existe mais pas les emplois. Est-ce faute de structures d'accueil de la petite enfance ou de formation ? La question reste entière. Quant aux aides-soignants, ils trouvent toujours des postes, mais ceux-ci se précarisent (CDD, contrats spéciaux...).

Une jungle de formations et de certifications

Les débats ont ensuite longuement abordé la question de l'orientation des jeunes. Béatrice Bouchaillou, directrice de IFSI de Granville, regrette la méconnaissance de la part des élèves de la réalité des professions sanitaires et sociales. « Les métiers du soin ont des exigences. L'orientation se fait souvent par défaut ou alors en

idéalisant une profession. » Demander aux jeunes ce qu'ils veulent faire ne suffit pas, il est nécessaire de les aider à mûrir un projet professionnel qui corresponde à leurs attentes et à leurs aptitudes. D'après elle, les forums et salons des métiers qui se sont récemment tenus dans la région, ne suffisent pas. Béatrice Bouchaillou parle de ces temps forts comme de grands marchés où chacun glane des prospectus et des informations partielles. Il faut aller plus loin, par des stages découvertes en milieu professionnel par exemple. Mais là non plus, les témoignages montrent que ce n'est pas simple d'accueillir des jeunes de 13 ans dans le milieu hospitalier en respectant à la fois l'élève et le patient. Annie Florent, de la PAIO de Condé-sur-Noireau, constate en outre que les jeunes choisissent parfois des stages ou une formation proche de chez eux, par commodité ou par connaissance et non pas pour découvrir ou apprendre un métier précis. « Il ne faut pas oublier non plus qu'à 14 ans, ce sont encore des enfants. Ce n'est pas facile de construire un projet professionnel à cet âge, ajoute Magali Adam, directrice adjointe du Lycée le Bon Sauveur à Saint-Lô. Il faut les autoriser à se tromper ».

Aider les jeunes à s'y retrouver dans cet imbroglio de formations et de métiers, dont certains sont nouveaux (vers quoi mène par exemple le bac pro services en milieu rural ?), est une véritable gageure pour les conseillers d'orientation. « Dire qu'il existe telle ou telle formation ne suffit pas. Il faut faire connaître les métiers et voir ensuite seulement, comment y parvenir » explique Gérard Coadou, délégué académique. D'autant que les certifications de niveau V par exemple sont particulièrement nombreuses : BEP carrières sanitaires et sociales, BEPA services aux personnes, titres professionnels « Assistant de vie », employé familial polyvalent... ainsi que leurs voies d'accès : formation initiale ou continue, VAE, apprentissage... Et les ministères continuent d'en créer... Certaines formations sont insuffisamment remplies (par exemple le diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale, le DEAVS) faute de communication suffisante, d'autres sont surchargées (aide-soignant) alors que des jeunes engagés dans cette formation auraient pu, vu leur projet professionnel, s'orienter vers le diplôme d'auxiliaire de vie sociale. « Un diplôme qui attire cependant moins de monde en raison des contrats précaires sur lesquels il débouche », précise Nathalie Mottin, conseillère PAIO de Vire. Faut-il ouvrir d'autres places de formation ? Les qualifications de niveau V répondent-elles bien aux besoins ? Autant de questions qui n'ont pas trouvé réponse. En attendant, pour mieux connaître les métiers du secteur sanitaire et social, Jocelyne Louvet, directrice de l'IFSI-IFAS de l'hôpital de Vire, suggère de les présenter sur un site Internet régional.

► ► ► SYNTHÈSES DES RÉUNIONS « VOIX PUBLIQUES :
FORMATION PROFESSIONNELLE - SANITAIRES ET SOCIALES »

Faire connaître les métiers, ce n'est pas simple, en comprendre les évolutions ça l'est encore moins. Stéphane Moru, directeur de l'IME de Vire, explique par exemple, qu'il y a 20 ans, on isolait les enfants handicapés dans un milieu fermé et protégé. Maintenant, on demande aux établissements spécialisés de prendre en compte les besoins de chaque enfant et de les intégrer au mieux dans la société. « Une telle démarche demande non seulement une évaluation des personnes accueillies mais aussi du personnel de l'établissement pour qu'il adapte ses pratiques à chaque cas. » Pour cela, son personnel suit actuellement une formation sur les enjeux et une méthodologie de l'auto-évaluation.

Martine Sainson, directrice des maisons de retraite du Bény-Bocage et de Caumont-l'Éventé, ajoute que les jeunes ne sont pas, non plus, formés à l'évolution du contexte légal ou encore aux nouvelles démarches de qualité imposées aujourd'hui dans ce type d'établissements. « Nos maisons sont des lieux de vie. Nous avons besoin de techniciens de soins, de la relation, de la gestion... C'est pourquoi c'est important pour le personnel en place, surtout celui non qualifié, de se former ou de s'engager dans une VAE. Cela apporte une reconnaissance, une ouverture, un peu de recul sur la pratique quotidienne afin d'être sûr que l'on travaille bien dans le respect des personnes accueillies. »

Des cursus de plus en plus longs et complexes

Une fois le métier choisi, le parcours pour y parvenir s'est considérablement complexifié et allongé ces dernières années : préparations aux concours (de plus en plus longues avec, parfois, un premier examen d'entrée), concours, formation... Un parcours tortueux, d'une part, parce que le niveau de connaissances initiales (lecture, écriture) semble baisser et que, d'autre part, les jeunes bacheliers SMS ou SMR se retrouvent dans les concours face à des bacheliers scientifiques, voire des étudiants dotés d'un bagage supérieur. Les personnes en formation continue leur font même parfois concurrence. De plus en plus de formations sont en effet ouvertes à la VAE qui permet de valider partiellement des cursus ou d'y entrer sans concours. Pour ces personnes, les centres de formation constituent des cursus à la carte, plus ou moins allégés et doivent leur réserver des places puisqu'elles ne sont pas comptabilisées dans les quotas nationaux. Or Jean-Marie Gourvil, directeur-adjoint de l'IRTS Basse-Normandie, constate que les portes d'entrée aux formations s'ouvrent plus facilement pour ces candidats et pour ceux issus de la formation continue, plus mûrs et souvent très motivés, que pour les jeunes tout frais sortis du lycée. Pour Thierry Lefort, directeur du Fongecif, cette situation s'explique pour des professions qui demandent un minimum de maturité

(celle d'éducateur spécialisé par exemple). « En outre, les personnes en formation continue ont pris des risques pour se reconverter. Elles abandonnent rarement une formation en cours. » Ce dernier argument n'est certainement pas anodin dans la sélection des dossiers. En effet, certains lycées ont constaté des départs, en cours d'année de 1ère, d'élèves en formation initiale (jusqu'à 10% des effectifs, souvent titulaires d'un CAP sanitaire et social), suite à des sollicitations pour un emploi en milieu professionnel. Rares sont ceux qui réintègrent ensuite leur cursus scolaire.

Un proviseur constatait que ces jeunes étaient fortement attirés par le milieu professionnel. C'est pourquoi l'apprentissage peut être adapté à leurs attentes. Mais, cette solution ne convient à des professions comme celle des infirmiers, qui demandent trop de compétences et un contact avec des spécialités et donc des services et des employeurs différents : urgence, pédiatrie, psychiatrie... À moins, d'être recruté par le CHR de Caen...

Toutes ces difficultés pour entrer en formation incitent les candidats à passer des concours dans plusieurs villes, au risque de devoir faire leur formation loin de chez eux et de supporter des coûts supplémentaires de transport et d'hébergement. À contrario, des élèves d'autres régions arrivent pour les mêmes raisons en Basse-Normandie. Certaines écoles se sont mises d'accord entre elles pour proposer à des élèves des échanges de lieux de formation pour les rapprocher de leur domicile. Mais Jocelyne Louvet explique que cela ne peut être qu'une proposition, puisque certains jeunes recherchent au contraire, sans l'exprimer ouvertement, un éloignement de leurs parents.

Une fois engagés dans la formation, les élèves doivent remporter un autre challenge : trouver des lieux de stages. Les employeurs sont sur-sollicités. Les stagiaires se retrouvent de plus en plus fréquemment loin de chez eux ou de leur lieu de formation, confrontés à des coûts de transport et de double logement. « À Granville, l'accès au logement est difficile puisque les jeunes doivent libérer les logements du 15 juin au 15 septembre pour laisser place aux estivants » explique Béatrice Bouchaillou. « Pourquoi ne pas créer un outil pour mettre en relation l'offre et la demande de stage en région ? » suggère-t-elle.

Des formations inégalement réparties sur le territoire

Cette question sur l'éloignement des lieux de formation et des stages amène un autre constat : celui de la concentration d'une partie des formations dans les centres urbains. Sur la Manche plane un grand vide



SYNTHÈSES DES RÉUNIONS « VOIX PUBLIQUES : FORMATION PROFESSIONNELLE - SANITAIRES ET SOCIALES »

dans ce domaine. Béatrice Bouchaillou se dit prête à ouvrir des formations sur son territoire pour certains personnels qui exercent des emplois de proximité, comme les aides à domicile par exemple généralement assez peu mobiles. Cette absence d'offre locale des formations sanitaires et sociales accentue les problèmes d'orientation des jeunes, pas toujours enclins à s'éloigner de chez eux.

« Pourquoi ne pas former à distance ? » suggère Annie Florent de la PAIO de Condé-sur-Noireau. Une idée intéressante mais peu accessible pour les faibles qualifications. « Pourquoi ne pas alterner les lieux de certaines formations : une année à Alençon, la suivante à Caen, puis dans la Manche » propose Brigitte Fossey.

Face au vieillissement de la population, rurale notamment, toutes ces difficultés évoquées durant cette journée d'adéquation entre l'offre de formation, les attentes des élèves et les besoins des différents métiers, seront de plus en plus problématiques. Déjà aujourd'hui, de plus en plus de personnes âgées désireuses de rester chez elles ont besoin d'un accompagnement de personnes formées, mais, comme le constate un conseiller général de la Manche, actuellement, elles sont aidées par un personnel majoritairement peu qualifié et peu mobile. Pour ces personnes, se former ne va pas de soi. « La VAE peut être une solution pour ces professionnelles, à condition cependant de l'alléger pour la rendre plus accessible. »



12. Contributions des acteurs et des partenaires du secteur sanitaire et social

L'action sociale de la Caisse d'Allocations familiales du Calvados

La Caisse d'Allocations Familiales du Calvados fait partie des 123 Caisses composant la Branche Famille du Régime Général de la Sécurité sociale. Organisme privé investi d'une mission de Service Public, la CAF est chargée de verser les prestations légales dues aux allocataires et de mener une politique d'action sociale en faveur de l'ensemble des familles, avec une attention particulière envers celles confrontées à des difficultés. Chaque CAF est administrée par un Conseil d'Administration.

Au début des années 70, la CAF 14 a fait le choix de porter son action sociale au plus près des allocataires en implantant des centres socioculturels au sein des quartiers d'Habitat Social des principales villes du Département (Bayeux, Caen, Hérouville, Lisieux, Mondeville et Vire).

À la fin de l'année 2005, la Caf 14 comptait 121.304 allocataires et 555 salariés. Depuis le début de l'année 2000, la Branche « Action sociale » (243 agents) est structurée en 2 départements : le département des politiques contractuelles et des aides individuelles et le département de l'action sociale territorialisée. Le premier composé de 51 agents apporte une aide contractualisée aux partenaires et une aide financière aux familles. Le second est quant à lui composé de 134 agents et comprend 13 équipements cofinancés par convention avec les communes d'implantation.

Les actions qui se sont développées en partenariat chaque fois que cela est possible, concernent toutes les familles du régime général et des régimes assimilés. Ces actions ont pour ambition d'agir en amont des difficultés afin d'éviter les exclusions. Elles privilégient l'implication des familles dans les projets qui les concernent pour leur permettre de participer pleinement à la vie en société et d'agir en citoyen responsable. Elles visent une transformation durable des situations individuelles ou collectives. Deux finalités institutionnelles forment actuellement le socle d'intervention : l'amélioration de la vie quotidienne des familles et l'épanouissement des enfants et l'accompagnement des familles,

notamment les plus vulnérables. Ces finalités se traduiront par une contribution à la mise en place d'un Plan de Cohésion Sociale dans le cadre de deux dispositifs : les équipes de Réussite Éducatives et la Remobilisation des Personnes très éloignées de l'Emploi.

Aux vues des missions décrites précédemment, la CAF 14 est un employeur non négligeable dans le département des personnes diplômées des formations sanitaires et sociales (Assistants sociaux, conseillères en économie sociale et familiale, animateur socio culturel de formation DEFA et BPJEPS, master en politique de la ville, éducateurs spécialisés, éducateurs de jeunes enfants, auxiliaires de puériculture...). Outre ce fait que la CAF est un employeur direct, l'institution encourage et accompagne de nombreux dispositifs de droit commun sur le territoire qui sont générateurs d'emplois (relais d'assistantes maternelles, contrats enfance jeunesse, crèche d'entreprise, diversité des modes de garde...).

Forte de cette présentation, la CAF souhaite faire les observations suivantes au sujet de la mise en œuvre du PRFDP dans son volet formations sanitaires et sociales :

- Une présentation détaillée de la formation DEFA et des diplômés remplaçant à terme le DEFA, le DEJEPS et le DESJEPS serait le bienvenu. En effet, sur les 13 équipements socioculturels que gère la CAF, la plupart des salariés possèdent ce diplôme, ce qui concerne environ 45 personnes.
- À l'heure où il est annoncé un plan petite enfance nationale de 72000 places de crèches supplémentaires et une extension des modes de gardes des enfants, les capacités actuelles de 25 places dans la formation d'auxiliaires de puériculture sont insuffisantes. Par ailleurs, la localisation géographique de la formation à Alençon est susceptible d'engendrer des coûts d'hébergement et de déplacement pour les élèves dans la mesure où cette ville n'a pas une position géographique centrale. À l'heure actuelle, la CAF gère 9 halles garderies et 2 crèches, ce qui représente plus de 50 personnes salariées de la petite enfance.

- Si une annonce a été faite concernant la gratuité prochaine de la formation d'Aide-soignante, qu'en est-il des formations menant aux métiers de la petite enfance qui sont tout autant coûteuses ?
- Quelles sont les orientations du PRDFP concernant la formation d'éducateur de jeunes enfants ?

La filière santé et sociale dans l'Éducation Nationale

L'offre de formation sanitaire et sociale de l'Éducation Nationale est attractive en particulier pour les jeunes filles. Cette offre se répartit comme suit :

- **La série SMS** : une filière confidentielle puisque attire moins de 10% des bacheliers de l'académie. Cependant, cette filière est la 3^e filière technologique la plus importante en nombre d'élèves. 11 établissements préparent au Bac SMS dans l'académie dont 6 EPLE et 5 établissements privés sous contrats, soit près de 1300 places/élèves. Parmi ces 11 établissements, 6 offrent un accueil en première d'adaptation (3 EPLE + 3 établissements privés sous contrats, soit 200 places.
- **La série STS ESF** : 3 établissements prépare au BTS ESF (2 EPLE et 1 établissement privé sous contrat). Cette filière est particulièrement sélective avec 1 étudiant sélectionné pour 10 candidatures en 1^{er} vœu (le total des places est de 77). La poursuite d'études des diplômes du BTS ESF peut se faire soit en 3^e année préparatoire au DCESF (qui n'existe pas dans à l'Éducation Nationale), soit en Licence Professionnelle de management de la santé et du social. Cette dernière filière est en rénovation avec la constitution d'un groupe de travail installé par la 20^e CPC responsable du secteur sanitaire et social, co-piloté par la DGES du ministère de l'Éducation Nationale et la DGAS.
- **La filière STS diététicien** : ouverte au lycée Marland de Granville en formation initiale à la rentrée de 2005.
- **La filière STS opticien lunetier** : au lycée Marie Curie à Vire.

Certains diplômes de l'Éducation Nationale sont soit créés soit rénovés. Ainsi l'actuelle série SMS est transformée en une nouvelle série intitulée « Sciences et Technologies de la santé et du social » (ST2S). Elle fait l'objet d'une rénovation en profondeur qui vise à positionner clairement cette série comme une voie d'accès à l'enseignement supérieur à la différence des voies professionnelles qui préparent directement à un métier. Par ailleurs, cette rénovation vise également à mieux préparer les élèves à la diversité des études supérieures des secteurs paramédical et social.

Les évolutions concernent à la fois l'organisation des enseignements et leur contenu. Ainsi, l'accès à la

classe de 1^{ère} ST2S est ouvert aux élèves à l'issue de la classe de 2nde générale et technologique et aux élèves titulaires d'un diplôme de niveau V. La dimension sanitaire et sociale est renforcée dans les enseignements technologiques. Quant aux enseignements généraux, la dimension culture générale est également accentuée avec l'introduction de l'Histoire et de la Géographie en terminale et l'augmentation de la part des enseignements scientifiques. L'ensemble des enseignements est basé sur une approche expérimentale.

L'enjeu de la refonte de la série SMS est de mieux préparer les élèves à la diversité des études débouchant sur des emplois « techniques » des secteurs paramédical et social ou sur des emplois technico-administratifs (dans les organismes de protection sociale, dans les structures hospitalières, d'hébergement ou d'aide à domicile).

Autres filières, le Bac Pro SPVL s'inscrit dans la préparation aux métiers de la médiation sociale (ouverture attendue dans l'académie), le BTS « services et prestations des secteurs sanitaire et social » qui prépare les diplômés, dans le cadre de l'exercice et de la promotion des droits des publics, à la réalisation des missions dévolues aux établissements et services sociaux, sanitaires, médico-sociaux et socio-éducatifs. Le professionnel travaillera en grande proximité avec les professionnels de la santé, les travailleurs sociaux et les partenaires institutionnels. Il inscrit ainsi son activité dans une logique de réseau et met ses compétences techniques, administratives et relationnelles au service des publics demandeurs de soins, de services et de prestations sociales. Enfin, grâce à une connaissance précise des offres de services et des publics, il procède à l'analyse des besoins, permet l'accès aux droits, propose des services et des prestations, organise et gère leur mise en œuvre et contribue au système d'information.

Les titulaires du BTS « services et prestations des secteurs sanitaire et social » exercent dans différentes structures publiques et privées, notamment dans les organismes de protection sociale (caisses de sécurité sociale, mutuelles, groupes d'assurance, institutions de prévoyance...), dans les établissements et services sanitaires, dans les établissements et services sociaux et socio-éducatifs et dans les structures développant des services à caractère sanitaire et social. Les emplois occupés relèvent principalement de la fonction publique d'État,



CONTRIBUTIONS DES ACTEURS ET DES PARTENAIRES DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL

de la fonction publique hospitalière, de la fonction publique territoriale et de conventions collectives spécifiques aux champs sanitaires et sociaux.

Ces emplois sont dénommés différemment selon les secteurs. À titre d'exemples, ces professionnels sont identifiés actuellement sous les terminologies suivantes : gestionnaires conseil dans les organismes de protection sociale, responsable de secteur d'activités

sociales, assistants aux délégués à la tutelle, assistant médical dans les centres de lutte contre le cancer, coordinateur de secrétariats de services médicaux et d'accueil et conseiller d'action sociale dans les organismes de protection sociale complémentaire.

On notera enfin que les titulaires de ce BTS peuvent avoir accès aux licences du champ sanitaire et social dans le cadre de la formation tout au long de la vie.

Contribution de Handi'cap citoyen

Aujourd'hui, la prise en charge des personnes en situation de handicap (adultes et enfants) et des situations de dépendance se modifie considérablement et va nécessiter dans les prochaines années de plus en plus d'interventions de professionnels pour assurer l'accompagnement. Le vieillissement de la population, les choix de vie, les nouvelles orientations législatives vont accentuer ce besoin d'accompagnement des personnes les plus fragiles, de plus en plus nombreuses qui s'orientent vers les milieux de prise en charge institutionnelle que lorsque le maintien à domicile s'avère très difficile, voire impossible.

C'est dans ce cadre, même si des choses se font déjà à l'heure actuelle, qu'il sera nécessaire de mettre en place des programmes de formation (en plus de l'existant) sur l'aide à la personne, son accompagnement quotidien, en particulier sur les questions de handicap et de dépendance. Au-delà d'une formation de base sur l'accompagnement qui non seulement doit prendre en compte les actes de la vie courante, mais également l'accès à la culture, aux loisirs, au sport et à la vie sociale, il semblerait judicieux de mettre en place des modules de spécialisation. Ces modules de spécialisa-

tion pourraient aborder les problématiques différentes suivant l'âge, même si la Loi d'Égalité des Chances des personnes en situation de handicap, du 11 février 2005 vise entre autre à « gommer » les barrières d'âge d'ici à 2008.

En ce qui concerne l'enfant et la question de la scolarité en particulier, que cela soit sur un temps plein de scolarisation ou sur un temps partiel, mais aussi sur les temps de spécialisation, il faut également une spécialisation des enseignements. Besoin de spécialisation aussi en ce qui concerne les différents types de handicap (accompagnement du handicap moteur, accompagnement du handicap sensoriel, en particulier visuel et olfactif, accompagnement du handicap psychologique et enfin, accompagnement du pluri-handicap et du poly-handicap). Enfin, il est nécessaire de spécialiser les enseignements en ce qui concerne les dépendances des personnes âgées et les périodes évolutives de dépendance. À tout cela, il conviendrait d'ajouter des formations d'adaptation aux situations réellement rencontrées (tutorat dans les premiers temps de prise en charge) afin d'obtenir une grande qualité dans l'accompagnement, en lien fort avec les autres professionnels qui interviennent.

Contributions de l'Association Nationale des Auxiliaires de puériculture

Il convient d'identifier la profession d'auxiliaire de puériculture comme un besoin essentiel en Basse-Normandie. En effet, on observe que la pyramide des âges de la profession est très avancée. Par ailleurs, il est prévu une augmentation des effectifs dans les structures d'accueil de la région. Par conséquent, les personnels spécifiques aux crèches et aux haltes-garderies seront insuffisants. Les capacités de formation actuelles (une école à Alençon avec 25

places) sont insuffisantes (on notera que la région Haute-Normandie a deux écoles au Havre et à Rouen). Il faut souligner la mauvaise reconnaissance de cette profession dans le secteur hospitalier où il le même statut que les aides-soignantes alors que la formation est différente. Enfin, tandis que dans d'autres régions, les PMI recrutent des auxiliaires de puériculture, dans notre région, ils ne le sont pas.

Contributions de l'ISERP et CCI d'Alençon

Le secteur des services à la personne est déjà très présent en Basse-Normandie avec des entreprises de petite taille (le site de l'ANSP donne la liste exhaustive des structures agréées), mais aussi des entreprises qui se développent en réseau (O2, DOMALIANCE, PRESTHOME, COMPLETEUDE, AGE D'OR SERVICES, DOMUS SERVICES...).

Un des principaux axes d'action de la Fédération des Entreprises des Services à la Personne (FESP) est la professionnalisation des ressources humaines qui se manifeste à travers la mise en place d'une politique de formation continue et initiale :

- Une opération de formation destinée à 4.000 salariés sera lancée en 2007.
- La FESP a sélectionné, à titre expérimental, le réseau OPCIB-IPCO-OPCAREG pour le financement de cette opération et a demandé à l'ISERP (Institut de formation de la profession) basé à Alençon, de déployer ce vaste programme sur toute la France. Dans un premier temps, la Fédération a choisi trois modules de formation (sécurité/ repassage/gardes d'enfants) qui seront mis en œuvre pour 4000 intervenants à domicile.
- Par ailleurs, pour rendre le secteur attractif pour les jeunes et pour répondre à la croissance que vivent les entreprises, la profession souhaite développer l'apprentissage et essayer l'expérience alençonnaise du CFA ISEP dans d'autres régions, en élargissant la

gamme des diplômes au BTS ESF à une nouvelle Licence professionnelle en cours de réflexion et qui doit s'intituler « management d'une agence de services à la personne » et aux aides-soignantes en sus de la Mention Complémentaire Aide à domicile. Une formation spécifique totalement adaptée au secteur des entreprises est actuellement expérimentée sur Paris et dans le Nord : ASSDOM (430 heures en 1 an par alternance), préfiguration d'un CQP. Enfin, deux CCE (Certificats de compétences en entreprises) intervenant à domicile et cadre sont expérimentés.

- Au niveau territorial, la zone d'emploi Alençon-Argentan présente la caractéristique de regrouper un ensemble très complet et unique en Basse-Normandie d'acteurs liés au secteur sanitaire et social, en particulier dans le domaine de la formation. Ces établissements sont en phase avec les priorités affichées par de nombreuses collectivités : à titre d'exemple, le Conseil général de l'Orne qui développe une politique forte en faveur des personnes âgées et des handicapés (la proportion des plus de 60 ans étant déjà importante). Le territoire dont la capitale est Alençon se trouve également à l'interface de plusieurs régions et peut prétendre au rayonnement vers les Pays de la Loire, Le Centre, La Bretagne et l'Île-de-France. Sur ce territoire, le concept de pôle d'excellence commence à émerger à différents niveaux.

Contribution de Mme MEUNIER, IEN STI-SBSSA, état des lieux de la formation CAP Petite Enfance

Formations initiales offertes dans l'académie

Département	Établissement	Offre de formation initiale	Capacité d'accueil
Calvados	LPP Oasis Caen	Sous statut scolaire CAP en 2 ans post 3 ^e	30
Manche	LP Alexis de Tocqueville Cherbourg	Sous statut scolaire CAP en 1 an post BEP ou BAC	15
	LPP Bon Sauveur Saint-Lô	Sous statut scolaire CAP en 1 an post BEP ou BAC	14
Orne	Ireo Argentan	En apprentissage	28 révision de réduction de l'effectif à 25

Autres organismes de formation privés hors contrat :

École des Parents, Caen - Callouets, Benerville - Maison familiale, Alençon

► ► ► CONTRIBUTIONS DES ACTEURS ET DES PARTENAIRES
DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL

La VAE

- Formation d'un expert pour accompagner le candidat dans la construction de son dossier.
- Mise en place de 3 jurys VAE mobilisant les personnels des 3 établissements de formation sous statut scolaire avec formation des enseignants et proposition d'outil commun d'analyse de dossier préparatoire à l'oral.

Année	Nombre de dossiers	Validation totale	Validation partielle	Non validation
2003	5	0	4	1
2004	13	1	11	1
2005	7	3	4	0
2006	18	3	15	0

Augmentation constante du nombre de dossier. Nécessité de proposer une offre de formation continue pour les candidats validés partiellement. La réalisation d'un outil FOAD est en cours.

Les examens

Le nombre de candidature individuelle au CAP PE a considérablement augmenté : 482 inscrits à la session 2007.

CAP Petite Enfance et débouchés

- Diplôme indispensable pour s'inscrire au concours d'ATSEM.
- Assistante maternelle : selon le décret du 20 avril 2006 obligation de 60h de formation préalable à la demande d'agrément et 60h de formation dans les 2 ans qui suivent l'agrément avec présentation à l'épreuve EP1.

Nombre approximatif de dossiers de demande d'agrément par département (avant réglementation).

Calvados 600, Manche : 450, Orne : 169

Dans ces 3 départements les organismes de formation retenus sont des organismes de formation privés hors contrat. Les candidats ne pourront être validés par la voie du contrôle en cours de formation et devront se présenter aux épreuves ponctuelles. (surcharge de travail conséquente pour les établissements scolaires et enseignants du secteur).

La formation CAP PE post BEP CSS

L'arrêté du 15 juin 2001 modifiant celui du 19 août 1993 ne permet pas aux élèves BEP CSS de se présenter au CAP Petite enfance la même année. Or ce titre est exigé pour se présenter au concours ATSEM, certains élèves titulaires du BEP CSS souhaitent donc préparer ce diplôme. Ils bénéficient d'une dispense d'épreuve et peuvent ainsi prétendre à une durée de formation inférieure à 1 an.

Conclusion :

Pour répondre aux besoins en personnel exprimés lors des consultations voix publiques et permettre l'accès rapide à cette qualification à des titulaires du BEP CSS, l'ouverture de section CAP PE sur l'académie (hors département de la Manche proposant déjà 2 sections en 1 an) pourrait être envisagée.

Nécessité de mettre en place des modules de formation continue pour les candidats post VAE.