

Région



Centre

**SCHEMA REGIONAL DES
FORMATIONS
SANITAIRES ET SOCIALES
DE LA REGION CENTRE
2008/2013**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
PREMIERE PARTIE : LE CADRE DU SCHEMA REGIONAL DES FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES	3
I - LA REPARTITION DES COMPETENCES ENTRE L'ÉTAT ET LA REGION AU TITRE DE LA LOI DU 13 AOUT 2004.....	3
1. Dans le domaine des formations sanitaires.....	3
2. Dans le domaine des formations sociales	4
II - LE CHAMP DES FORMATIONS COUVERT PAR LE SCHEMA REGIONAL	5
1. Les formations sanitaires	5
2. Les formations sociales.....	7
III - UNE ELABORATION CONCERTEE	9
DEUXIEME PARTIE : LES CARACTERISTIQUES DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL EN REGION CENTRE.....	11
I - UN CONTEXTE MARQUE PAR L'ÉVOLUTION DE LA DEMANDE SOCIALE, LA MAITRISE DES COÛTS SOCIAUX ET LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES PERSONNELS.....	11
1. Une demande sociale de plus en plus forte	11
2. Des dépenses de plus en plus encadrées	12
3. Des conditions de travail des personnels contraignantes.....	12
II - LES EQUIPEMENTS ET LES EMPLOIS.....	13
1. Les établissements de santé	14
1.1. <i>Un équipement sanitaire inférieur à la moyenne nationale.....</i>	14
1.2. <i>... et une sous-densité médicale inquiétante</i>	15
1.3. <i>Un secteur où les effectifs sont en forte hausse</i>	17
1.4. <i>Une gestion des ressources humaines confrontée aux pénuries, aux déroulements de carrière des agents et bientôt à la validation des acquis de l'expérience pour les faisant fonction d'aides-soignants</i>	21
2. Le secteur social et médico-social.....	21
2.1. <i>Un taux d'équipement régional supérieur à la moyenne nationale sauf pour l'hébergement social et la garde d'enfants d'âge préscolaire</i>	23
2.2. <i>Une personne sur quatre âgée de plus de 85 ans est hébergée en établissement</i>	24
2.3. <i>Des effectifs de personnels en hausse mais vieillissant</i>	24
2.4. <i>Un secteur marqué par des risques de pénurie, la présence de faisant fonction et l'émergence de la fonction d'animation</i>	25
3. Le secteur de l'aide à domicile	26
3.1. <i>Un secteur particulier du fait de ses modes d'exercice</i>	26
3.2. <i>Des emplois qui se structurent peu à peu.....</i>	26
3.3. <i>Un potentiel d'emplois important en lien avec le vieillissement de la population</i>	28
3.4. <i>Des enjeux liés à la qualification du personnel, à la solvabilité du marché et à l'attractivité des métiers</i>	32

III – L’appareil de formation en Région Centre	32
1. Les formations des écoles et des instituts	33
1.1. <i>Dans le sanitaire</i>	33
1.1.1. Une offre en forte augmentation répartie entre 26 écoles et instituts s’adressant à un public essentiellement régional	34
1.1.2. Un accroissement important du nombre de diplômés.....	37
1.1.3. La nécessité d’une offre de formation attractive et évolutive	38
1.2. <i>Dans le social</i>	39
1.2.1. Des effectifs en forte augmentation et essentiellement originaires de la région Centre	41
1.2.2. Vers une territorialisation de l’offre de formation	44
1.2.3. Une diversification des sources de financement liées aux statuts des personnes	45
1.2.4. Des enjeux majeurs pour l’avenir	45
2. Les autres formations proposées dans le secteur sanitaire et social	46
2.1. <i>Les formations par voie scolaire</i>	46
2.2. <i>Les actions financées par le Conseil régional au titre du programme régional de formation (PRF) et le dispositif de l’Association nationale pour la Formation Professionnelle des adultes (AFPA)</i>	47
 TROISIEME PARTIE : LES DETERMINANTS DES BESOINS DE FORMATION	49
I – L’EVOLUTION DES METIERS	49
1. Le travail en réseau	49
2. Le transfert de compétences	49
3. L’évolution des technologies	49
4. Des fonctions nouvelles.....	49
II – LE RENOUELEMENT DES PERSONNELS.....	50
III – L’EVOLUTION DES POLITIQUES PUBLIQUES.....	50
IV – L’APPROCHE METIER	52
 QUATRIEME PARTIE : LES ORIENTATIONS ET ACTIONS DU SCHEMA REGIONAL DES FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES 2008 – 2013	53
Orientation n° 1 : Favoriser et développer l’accès aux formations et aux métiers sanitaires et sociaux.....	54
✚ Fiche action n° 1 : Diversifier les actions préparatoires aux concours du secteur sanitaire et social	55
✚ Fiche action n° 2 : Promouvoir les formations du secteur sanitaire et social et communiquer sur les emplois correspondants	56
✚ Fiche action n° 3 : Conforter et développer la voie de l’apprentissage	58
✚ Fiche action n° 4 : Assurer l’égalité d’accès aux formations par une politique d’aide à la vie étudiante.....	59

Orientation n° 2 : Accompagner les trajectoires professionnelles par la formation tout au long de la vie.....	60
✚ Fiche action n° 5 : Développer les contrats de professionnalisation dans les services du maintien à domicile des personnes dépendantes.....	61
✚ Fiche action n° 6 : Encourager et soutenir le développement de la validation des acquis de l'expérience.....	62
✚ Fiche action n° 7 : Soutenir la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile et du secteur social et médico-social	64
Orientation n° 3 : Adapter l'offre de formation aux besoins et aux territoires	65
✚ Fiche action n° 8 : Poursuivre la territorialisation de l'offre de formation au plus près des besoins	66
✚ Fiche action n° 9 : Répondre aux besoins de professionnels qualifiés dans le secteur sanitaire et social	68
Orientation n° 4 : Accompagner l'évolution de l'appareil de formation.....	72
✚ Fiche action n° 10 : Encourager la professionnalisation des instituts de formation du secteur sanitaire.....	73
✚ Fiche action n° 11 : Développer la modularisation des formations	74
✚ Fiche action n° 12 : Moderniser les équipements des écoles et des instituts.....	75
Orientation n° 5 : Construire les outils d'une observation partagée.....	76
✚ Fiche action n° 13 : Construire avec les partenaires concernés un outil commun d'observation sur l'emploi et la formation	77
✚ Fiche action n° 14 : Signer avec les écoles et instituts une convention cadre	78
CONCLUSION : LA MISE EN ŒUVRE ET LE SUIVI DU SCHEMA.....	79

ANNEXES

Annexe 1 : Le nombre de bénéficiaires des quatre minima sociaux en région Centre et en France au 31 décembre 2004	83
Annexe 2 : L'évolution des emplois paramédicaux et de l'action sociale en région Centre entre 1982 et 1999	84
Annexe 3 : Les instituts de formation en soins infirmiers en région Centre.....	86
Annexe 4 : Les instituts de formation d'aides-soignants en région Centre.....	87
Annexe 5 : Les autres formations paramédicales en région Centre.....	88
Annexe 6 : L'offre de formation dans le secteur social en région Centre en 2007.....	89
Annexe 7 : Les fiches métiers	90
Annexe 8 : Les passerelles entre les diplômes relevant du code de l'action sociale et des familles	127
Annexe 9 : Les allègements ou dispenses de formation entre diplômes sanitaires et sociaux de niveau 5.....	128

INTRODUCTION

L'élaboration du schéma régional des formations sanitaires et sociales est l'un des prolongements du Plan Régional de Développement des Formations (PRDF) adopté par l'assemblée plénière du Conseil régional de décembre 2003. Celui-ci permet désormais à la Région de conduire, suivre et évaluer dans un cadre partenarial la politique qu'elle met en œuvre en matière de formation professionnelle, et ce autour de quatre axes directeurs :

1. Privilégier et accompagner les démarches territoriales de développement durable.
2. Améliorer pour tous les niveaux des qualifications et des compétences.
3. Moderniser et mettre en synergie les dispositifs de formation.
4. Garantir un service d'information de conseil et d'accompagnement à l'ensemble de la population régionale.

Par ailleurs, dans ses orientations relatives à la qualification de la population régionale, le Schéma Régional de Développement Economique et Social (SRDES) de la Région Centre adopté par l'assemblée plénière du Conseil régional de décembre 2005 a retenu comme axes prioritaires « le développement et la modernisation de l'offre de formation dans les professions paramédicales et le développement des formations des travailleurs sociaux et des intervenants à domicile pour les personnes âgées et handicapées ».

C'est dans le respect de ces orientations qu'ont été conduits les travaux qui ont permis de préparer et d'élaborer le schéma régional des formations sanitaires et sociales 2008/2013 en lien avec les partenaires concernés. Ceux-ci ont œuvré dans le cadre de l'un des groupes de travail mis en place après l'adoption du PRDF. Le mandat de ce groupe était le suivant :

- ⇒ Dresser un premier bilan des actions en cours concernant les formations sanitaires et sociales et notamment celles concernant la professionnalisation dans le secteur du maintien à domicile.
- ⇒ Repérer les principales insuffisances des dispositifs actuels de formation par public et sous-secteur (sanitaire, social et aide à domicile).
- ⇒ Etudier et analyser de manière prospective les besoins de formation du secteur, en particulier, mais non exclusivement, en ce qui concerne la formation des personnels soignants et de l'aide à domicile.
- ⇒ Emettre des propositions ciblées pour l'amélioration des formations (quantitativement et qualitativement).
- ⇒ Proposer des actions spécifiques expérimentales destinées à tester des innovations susceptibles d'être généralisées ou transposées.

La formation des personnels tout au long de la vie est l'une des composantes essentielles de la qualité des services rendus à la population dans le secteur de la santé et celui de l'accompagnement social et médico-social. Elle est aujourd'hui sous la responsabilité d'un nombre très important d'acteurs au premier rang desquels la Région, qui s'est vue transférer de nouvelles compétences dans le secteur sanitaire et social, les services de l'Etat, les collectivités territoriales et les employeurs.

Au-delà de l'état des lieux qu'il dresse et des pistes d'actions qu'il propose, le schéma régional des formations sanitaires et sociales de la région Centre 2008/2013 offre avant tout un cadre pour une réflexion partagée et des interventions communes ou complémentaires afin que tous les acteurs concernés par la formation contribuent à relever les défis de la qualité de l'offre de soins et de l'efficacité de la protection sociale.

Première partie :

Le cadre du schéma régional des formations sanitaires et sociales

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales rappelle la place centrale que joue la collectivité régionale dans l'organisation de l'appareil de formation. Son article 8 stipule en effet que « la Région définit et met en œuvre la politique régionale d'apprentissage et la formation professionnelle des jeunes et des adultes à la recherche d'un emploi ou d'une nouvelle orientation professionnelle ».

Cette place se voit renforcée par un nouveau transfert de compétences dans le champ sanitaire et social. En effet, la loi confie aux Régions le financement des écoles et des instituts de formation, l'attribution des aides individuelles aux élèves et étudiants ainsi que l'élaboration de schémas de formation sanitaire et sociale qui s'intègrent au Plan Régional de Développement des Formations.

Le transfert financier opéré par l'Etat porte sur le champ des formations dites « initiales » dispensées par les écoles et instituts sanitaires et sociaux, à savoir les formations à temps plein accessibles après des épreuves de sélection à des publics n'ayant pas de diplôme dans le secteur choisi. Les formations accessibles par la voie universitaire ou dispensées par l'Education nationale restent de la compétence financière de l'Etat.

Quant aux schémas, ils ont vocation à embrasser toutes les voies d'accès (initiale, dont l'apprentissage, continue et validation des acquis de l'expérience), mais également à intégrer les formations généralistes du secteur sanitaire et social proposées par les ministères en charge de l'Education nationale, de l'agriculture et de la jeunesse et des sports. Ils vont donc au-delà du champ couvert par le transfert financier.

Aucun schéma régional ni national n'existait auparavant dans le secteur sanitaire. Dans le secteur social, le schéma régional des formations sociales du Centre 2001/2005 déclinait au niveau de la région le schéma national qui courait sur la même période.

La concertation menée dans le cadre des travaux préparatoires au présent document a confirmé la forte imbrication du secteur sanitaire et du secteur social. L'évolution des

types de prise en charge, liée notamment à l'évolution de la demande sociale, rend en effet de plus en plus artificiel le clivage entre les deux secteurs. Confrontés à des problématiques communes, ils nécessitent une approche globale.

Aussi la Région Centre a-t-elle opté pour un seul document regroupant les formations sanitaires et sociales dont les orientations stratégiques et le plan d'actions sont pour partie communs aux champs sanitaire et social.

I- La répartition des compétences entre l'Etat et la Région au titre de la loi du 13 août 2004

1. Dans le domaine des formations sanitaires

Ce que fait l'Etat :

- ⇒ Il fixe les conditions d'accès aux formations, détermine les programmes, organise les études et les modalités d'évaluation des élèves ou étudiants et délivre les diplômes.
- ⇒ Il contrôle le suivi des programmes et la qualité de la formation.
- ⇒ Il définit de façon annuelle, ou pluriannuelle pour certaines formations, les quotas d'admission en première année après avis de la Région. Les formations concernées en région Centre sont les suivantes : infirmier, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste. Concernant la formation de sage-femme (présente en région Centre), la Région n'est pas consultée sur le quota. Les autres formations soumises à quota et citées par la loi (audioprothésiste, ergothérapeute, psychomotricien, pédicure - podologue) n'existent pas en région Centre.

Ce que fait la Région :

- ⇒ Elle élabore et met en œuvre le schéma régional des formations sanitaires.
- ⇒ Elle est consultée sur les quotas d'admission fixés par l'Etat (sauf pour celui de sage-femme), elle les répartit entre les instituts de formation sur le territoire et elle peut revoir la capacité d'accueil pour les formations non soumises à quota.
- ⇒ Elle autorise la création d'instituts de formation et agréé leur directeur dans des conditions fixées par voie réglementaire.
- ⇒ Elle a la charge du fonctionnement et de l'équipement des instituts lorsqu'ils sont publics et elle peut participer à ces mêmes financements lorsque les instituts sont privés. Le transfert financier opéré par l'Etat porte en région Centre sur les formations initiales suivantes : sage-femme, infirmier, masseur – kinésithérapeute, technicien de laboratoire en analyses biomédicales, manipulateur d'électroradiologie médicale.
- ⇒ Elle attribue des bourses aux élèves et aux étudiants.

En région Centre, sont concernés par ces dispositions 21 instituts publics rattachés à des centres hospitaliers et 2 instituts privés dépendant de la Croix Rouge Française à Tours et Bourges. La Région Centre intervient dans le financement des instituts publics et privés. En 2005, ces établissements ont accueilli 4 615 élèves ou étudiants. Le montant du transfert financier de l'Etat s'est élevé à 15,220 M€ en 2006. Le montant prévisionnel pour 2007 est de 19,45 M€.

2. Dans le domaine des formations sociales

Ce que fait l'Etat :

- ⇒ Au niveau régional :
 - Il autorise la mise en œuvre des formations sociales après instruction d'un dossier de déclaration préalable déposé auprès de ses services (la Direction Régionale des affaires

sanitaires et sociales) par l'établissement de formation demandeur. Ce dossier a pour but de vérifier le respect par ce dernier des conditions légales et réglementaires liées à chaque formation sollicitée. Lorsque ces conditions sont remplies, le Préfet de région notifie la décision d'enregistrement, laquelle précise notamment la capacité d'accueil maximale pour chaque formation, toutes voies d'accès confondues (initiale, dont l'apprentissage, continue, validation des acquis de l'expérience). Toute modification doit faire l'objet d'une déclaration rectificative.

- Il assure le contrôle pédagogique des établissements (respect des programmes, qualification des formateurs et des directeurs), organise la certification et délivre les diplômes.

- ⇒ Au niveau national, il définit les orientations nationales des formations sociales, le contenu des formations, l'organisation et la délivrance des diplômes.

Ce que fait la Région :

- ⇒ Elle élabore et met en œuvre le schéma des formations sociales. L'article 53 de la loi stipule en effet que « la Région met en œuvre la politique de formation des travailleurs sociaux et dans le cadre de l'élaboration du schéma 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 ».

A noter : la loi d'août 2004 renforce le poids des Conseils généraux dans le pilotage des politiques sociales, soit en tant qu'employeurs directs, soit en tant que financeurs ou co-financeurs de structures accueillant différents types de publics fragilisés (enfants, adolescents, adultes handicapés ou en difficulté, personnes âgées).

- ⇒ Elle agréé les établissements de formation et finance ces derniers, quel que soit leur statut, par le versement d'une subvention annuelle de fonctionnement couvrant les dépenses liées aux activités pédagogiques et administratives. Elle participe également, dans des conditions définies par une délibération du Conseil régional, aux dépenses d'investissement, d'entretien

et de fonctionnement des locaux. Le transfert financier opéré par l'Etat porte sur les formations initiales suivantes : assistant de service social, éducateur spécialisé, éducateur technique spécialisé, éducateur de jeunes enfants, moniteur éducateur, technicien de l'intervention sociale et familiale.

- ⇒ Elle fixe les quotas sur le territoire régional pour les formations sociales initiales.
- ⇒ Elle attribue les bourses aux élèves et étudiants. Par ailleurs, la loi pose le principe de la gratuité des formations. Seuls peuvent être perçus par les établissements des droits d'inscription dont le montant est fixé chaque année en référence aux droits perçus dans les instituts universitaires professionnalisés et des frais de scolarité correspondant aux services rendus aux étudiants.

En région Centre, les centres de formation concernés par ces dispositions sont l'Institut du Travail Social (ITS) à Tours, l'Ecole Régionale du Travail Social (ERTS) à Olivet et l'Ecole Régionale de Formation au Service Social (ERFSS) à Tours. En 2005, ces écoles ont accueilli 1 955 élèves et étudiants. Le montant des subventions voté par le Conseil régional s'est élevé à 5,584 M€ en 2006 et à 5,736 M€ en 2007.

Dès 2005, la Région a décidé de confier au CNASEA la gestion des demandes de bourses ainsi que leur paiement. La mise en place d'un outil extranet rendant possible la saisie en ligne des dossiers a facilité à la fois leur saisie et leur instruction. Par ailleurs, la création par la Région Centre d'un échelon supplémentaire de bourse à 6 600 € annuels a permis d'augmenter l'aide aux personnes les plus défavorisées. Sur les 6 500 élèves et étudiants inscrits dans les formations sanitaires et sociales en 2006, 2 372 ont été attributaires d'une bourse (1 778 dans le secteur sanitaire et 594 dans le secteur social) ce qui représente une subvention globale de 6,872 M€.

II - Le champ des formations couvert par le schéma régional

Au-delà d'une liste de diplômes, le champ des formations renvoie aux différentes voies d'accès à ces diplômes : initiale dont l'apprentissage, continue (en cours d'emploi), ou par la VAE (validation des acquis de l'expérience). La VAE permet en effet à des personnes ayant acquis un minimum de trois années d'expérience professionnelle de se présenter devant un jury afin d'obtenir tout ou partie d'un diplôme en lien avec l'exercice de leurs activités. La partie restante du diplôme à valider peut être obtenue par ces personnes dans le délai de cinq ans, soit en repassant devant un jury après avoir complété leur expérience professionnelle, soit en suivant auprès d'un établissement de formation les modules de formation manquants et en présentant les épreuves de certification correspondantes.

Les formations concernées par le schéma permettent d'exercer des professions dans les champs d'activité suivants : le secteur hospitalier, la prise en charge des publics handicapés, des personnes âgées (à domicile ou en établissement), des personnes et familles en difficulté et le secteur de la petite enfance.

1. Les formations sanitaires

Il s'agit de formations énumérées par la loi et dont le financement est assuré par la Région, l'Education nationale ou l'Université. Ce sont toutes des formations paramédicales à l'exception de la formation de sage-femme rattachée aux formations médicales. Celles-ci comprennent également les formations de médecin et de chirurgien-dentiste mais restent, quant à elles, en dehors du champ de la décentralisation. En outre, sont incluses par extension dans le périmètre du schéma les formations d'infirmiers dites de spécialisation (anesthésiste, infirmier de bloc opératoire, puéricultrice), ainsi que la formation de cadre de santé dont la prise en charge financière relève des employeurs.

**Liste des formations du secteur sanitaire entrant dans le champ
de la loi du 13 août 2004**

Libellé du diplôme	Niveau	Ministère chargé de la validation	Quota (Q) ou Capacité accueil (CA)	Financement des formations initiales	Durée des études
Diplôme d'Etat de sage-femme	III	Enseignement supérieur	Q	Région	1 ^{ère} année de médecine + 4 ans
Diplôme d'Etat d'infirmier	III	Santé	Q	Région	3 ans
Diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste	III	Santé	CA	Formation de spécialisation prise en charge par l'employeur	2 ans
Diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire	III	Santé	CA	Formation de spécialisation prise en charge par l'employeur	1,5 an
Diplôme d'Etat de puéricultrice	III	Santé	CA	Formation de spécialisation prise en charge par l'employeur ou la Région	1 an
Diplôme d'Etat de cadre de santé (non homologué par niveau)	-	Santé	CA	Formation de spécialisation prise en charge par l'employeur	1 an
Diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute	III	Santé	Q	Région	1 ^{ère} année de médecine + 3 ans
Diplôme d'Etat de psychomotricien	III	Santé	Q	N'existe pas en région Centre	3 ans
Diplôme d'Etat d'ergothérapeute	III	Santé	Q	N'existe pas en région Centre	3 ans
Certificat de capacité d'orthophoniste	III	Enseignement supérieur	Q	Université	4 ans
Certificat de capacité d'orthoptiste	III	Enseignement supérieur	Q	Université	3 ans
Diplôme d'Etat de pédicure-podologue	III	Santé	Q	N'existe pas en région Centre	3 ans
Diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale	III	Santé	CA	Région	3 ans
Diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique	III	Education nationale	CA	Education nationale	3 ans
Diplôme d'Etat d'audioprothésiste	III	Enseignement supérieur	Q	N'existe pas en région Centre	3 ans
Brevet de technicien supérieur d'opticien lunetier	III	Education nationale	CA	Education nationale	2 ans
Brevet de technicien supérieur en diététique	III	Education nationale	CA	N'existe pas en région Centre	2 ans
Diplôme d'Etat de technicien de laboratoire en analyses biomédicales	III	Santé	CA	Région	3 ans
Diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière	III	Santé	CA	Ouvert en formation initiale depuis le 1 ^{er} septembre 2007	1 an
Diplôme d'Etat d'aide-soignant	V	Santé	CA	Région	1 an
Diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture	V	Santé	CA	Région	1 an
Diplôme d'Etat d'ambulancier	V	Santé	CA	Région	6 mois

l'expérience respectivement depuis janvier 2005, janvier et juillet 2006.

A noter :

- Les formations non soumises à quota dépendent des capacités d'accueil négociées entre les instituts, les financeurs et les valideurs.*
- Les formations de masseur-kinésithérapeute et de sage-femme sont accessibles après avoir réussi le concours validant la première année du premier cycle des études médicales.*
- Les formations dites de spécialisation nécessitent un minimum d'années d'expérience professionnelle pour être préparées sauf la formation de puéricultrice qui peut s'enchaîner directement après les 3 années de formation d'infirmier. Dans ce cas, son financement est assuré par la Région au titre de la formation initiale.*
- Les formations de pharmacien et de préparateur en pharmacie n'entrent pas dans le champ de la décentralisation financière ni dans celui du schéma des formations.*
- Les diplômes cités dans le tableau ci-avant débouchent sur des métiers dont l'exercice est réglementé par une disposition ou un texte qui fait référence à une loi ou à un décret.*
- Les diplômes d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et de préparateur en pharmacie hospitalière sont également accessibles par la validation des acquis de*

→ Avant juillet 2006, le diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière n'était accessible que par la voie de l'apprentissage pour le compte de l'inter régions Bretagne / Centre / Pays de la Loire. Il est désormais ouvert en formation initiale. Ce diplôme est par ailleurs complémentaire du brevet professionnel de préparateur en pharmacie accessible par la voie de l'apprentissage (350 apprentis en moyenne en région Centre).

→ Le métier de technicien de laboratoire en analyses biomédicales est également accessible par le BTS analyses de biologie médicale.

2. Les formations sociales

Dans le secteur social, la loi n'énumère pas explicitement la liste des formations concernées par le champ de la décentralisation. Toutefois, une circulaire interministérielle du Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement et du Ministère de la Santé et des solidarités parue le 25 juillet 2006 est venue préciser le champ des formations concernées par la loi du 13 août 2004. Ces formations sont celles issues du code de l'action sociale et des familles. Elles sont toutes représentées en région Centre.

**Liste des formations sociales entrant dans le cadre de la loi du 13 août 2004
(Circulaire interministérielle du 26 juillet 2006)**

Libellé du diplôme	Niveau	Ministère chargé de la validation	Financement des formations initiales (hors formation continue et post-VAE)	Durée études
Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale (CAFDESIS)	I	Affaires Sociales	Accessible en formation initiale mais ouvert en région Centre seulement en formation continue	De 24 à 30 mois
Diplôme d'Etat d'ingénierie sociale (DEIS) ; succède au diplôme supérieur en travail social (DSTS)	I	Affaires Sociales	Accessible en formation initiale mais ouvert en région Centre seulement en formation continue	3 ans max
Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale, (CAFERUIS)	II	Affaires Sociales	Accessible en formation initiale mais ouvert en région Centre seulement en formation continue	2 ans max
Diplôme d'Etat de médiateur familial	II	Affaires Sociales	Accessible en formation initiale mais ouvert en région Centre seulement en formation continue	3 ans max
Diplôme d'Etat d'assistant de service social	III	Affaires Sociales	Région	3 ans
Diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé	III	Education nationale	Région	3 ans
Diplôme d'Etat d'éducateur technique spécialisé	III	Affaires Sociales	Région	3 ans
Diplôme d'Etat d'éducateur de jeunes enfants	III	Affaires Sociales	Région	3 ans
Diplôme de conseiller en économie sociale et familiale	III	Education nationale	Education nationale	1 an
Diplôme d'Etat de moniteur éducateur	IV	Education nationale	Région	2 ans
Diplôme d'Etat de technicien de l'intervention sociale et familiale	IV	Affaires sociales	Région	2 ans
Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale	V	Affaires sociales	Région (pour les demandeurs d'emploi)	De 9 à 36 mois
Diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique	V	Affaires sociales	Accessible en formation initiale mais ouvert en région Centre seulement en cours d'emploi	De 12 à 24 mois
Diplôme d'Etat d'assistant familial	V	Affaires sociales	Conseil général	300 heures

A noter : le diplôme d'Etat relatif aux fonctions d'animation (DEFA) validé par le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports et qui figurait initialement dans cette circulaire est en voie d'être remplacé par le diplôme d'Etat de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport spécialité « animation socio-éducative ou culturelle » mention « animation sociale ». Ce diplôme est enregistré au niveau III au répertoire national des certifications professionnelles (arrêté ministériel du 27 avril 2007).

Dans le secteur social, seule la profession d'assistant de service social est réglementée. Le paysage de la formation des travailleurs sociaux est en pleine mutation : de nouveaux diplômes ont été créés (assistant familial, médiateur familial, technicien de l'intervention sociale et familiale) et tous les autres ont été réformés ou en voie de l'être avec, à terme, une ouverture possible à toutes les voies de formation : initiale dont l'apprentissage, continue et validation des acquis de l'expérience. L'allongement éventuel des durées de formation aura un impact sur les financements nécessaires pour assurer leur fonctionnement sans garantie aujourd'hui des transferts financiers correspondants.

En plus des formations rappelées ci-dessus, sont incluses dans le schéma trois autres certifications ayant trait à la prise en charge des personnes âgées dépendantes et des enfants : le titre assistant(e) de vie aux familles délivré par le Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Emploi, le titre employé(e) familial(e) polyvalent(e) délivré par la FEPEM (Fédération des Particuliers EMPloyeurs) avec ses deux certificats de qualification professionnelle (CQP assistant(e) de vie et CQP garde d'enfants au domicile) et le Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (spécialité animation sociale) délivré par le Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports.

Enfin, en s'attachant à la construction de parcours de formation dans le secteur sanitaire et social, le schéma fera également le lien avec les formations généralistes dispensées dans ces secteurs par la voie scolaire (Ministère de l'Education nationale et Ministère de l'Agriculture et de la Pêche).

III - Une élaboration concertée

L'élaboration du schéma régional des formations sanitaires et sociales s'est appuyée sur les travaux du groupe 4 du PRDF.

Ce groupe était constitué de 112 personnes d'origines diverses : institutionnels, représentants d'employeurs, partenaires sociaux, des collectivités territoriales, responsables d'établissements, de centres de formation, de branches professionnelles, membres du Conseil économique et social régional. Le groupe s'est réuni en assemblée plénière à sept reprises de décembre 2004 à février 2007.

Dans un premier temps ont été créés trois sous-groupes par secteur (sanitaire, social et aide à domicile). Ces sous-groupes se sont réunis à quatorze reprises au cours de l'année 2005. Toutefois, les problématiques communes soulevées par chacun d'entre-eux ont incité les participants à travailler de façon transversale sur l'ensemble des champs autour de trois thématiques :

- ⇒ la connaissance des métiers et leur évolution prospective;
- ⇒ l'attractivité des métiers ;
- ⇒ la diversification des voies de formation.

Dans cette seconde configuration, les sous-groupes se sont réunis à dix reprises entre l'année 2006 et le premier trimestre 2007.

La mise en commun des champs d'expertise des participants a ainsi contribué à l'enrichissement des débats et des propositions. Ceux-ci ont été complétés et alimentés par diverses sources :

- ⇒ l'étude du cabinet GESTE¹ : elle a contribué à dresser l'état des lieux du champ sanitaire et social en région Centre, identifier ses principaux enjeux et établir un certain nombre de recommandations transversales à l'ensemble du secteur ;
- ⇒ les données de l'ORFE (Observatoire régional de la formation et de l'emploi) concernant certaines familles professionnelles² ;
- ⇒ les données statistiques de la DRASS (Direction Régionale des affaires sanitaires et sociales), de l'URIOPSS

¹ disponible sur www.alfacentre.org

² idem

(Union régionale interfédérale des organismes privés sanitaires et sociaux) et du CNFPT (Centre national de la fonction publique territoriale).

- ⇒ Les travaux conduits par le Conseil économique et social du Centre depuis 2004 dans le domaine de la santé.

Par ailleurs, compte tenu du champ de compétences des Conseils généraux dans la conduite des politiques sociales, il était nécessaire d'instituer avec ces derniers une concertation régulière qui s'est concrétisée d'octobre 2006 à juillet 2007 par quatre réunions de travail entre les services de la Région et des Départements. Cette concertation est appelée à se maintenir dans le cadre du suivi du schéma.

Le caractère incomplet et/ou disparate des données disponibles (nomenclatures, dates, références) n'a pas facilité la connaissance quantitative des professionnels (effectif, âge, mobilité, niveaux de qualification...).

Cette difficulté est due notamment à la multitude des statuts des quelque 130 000 emplois sanitaires et sociaux recensés en région Centre en lien avec la diversité des employeurs (collectivités territoriales, Etat, associations, établissements publics ou privés) et le mode d'exercice des professions (salarié/libéral).

Au vu des travaux menés dans le cadre du PRDF, les actions proposées dans le présent schéma visent trois objectifs :

- ⇒ ***La poursuite de la construction d'une offre de formation cohérente sur le territoire régional avec en filigrane la formation tout au long de la vie.***
- ⇒ ***La valorisation des métiers du secteur.***
- ⇒ ***Une meilleure connaissance de la relation emploi formation.***

Deuxième partie: Les caractéristiques du secteur sanitaire et social en région Centre

I - Un contexte marqué par l'évolution de la demande sociale, la maîtrise des coûts sociaux et les conditions de travail des personnels

1. Une demande sociale de plus en plus forte

La demande sociale est le reflet à la fois des situations de précarité qui touchent une partie non négligeable de la population (variation et incertitude du marché du travail générant des situations d'exclusion qui accroissent la demande sociale), et des évolutions sociétales (rupture et recomposition de la cellule familiale, généralisation du travail féminin, solitude et grand âge des personnes âgées, intégration des populations issues de l'immigration...). Ces situations et ces évolutions génèrent de nouvelles prises en charge avec comme corollaire une diversification et une augmentation des publics s'adressant aux services du secteur social et médico-social. L'évolution des minima sociaux en région Centre en est une illustration (cf annexe 1).

Désormais, le travail social s'exerce non seulement au sein d'institutions spécialisées prenant en charge des publics particuliers (enfants et adolescents en difficulté, personnes handicapées, personnes âgées), mais également, et de plus en plus, au domicile même des publics et en milieu ordinaire. Si l'accompagnement des personnes reste le cœur du travail social, celui-ci se double désormais d'une dimension territoriale qui intègre au sens large les conditions de vie des populations. Cela l'oblige à s'adapter à toutes sortes de situations générant exclusion, errance, voire violence et à développer des modalités d'intervention collective comme le développement social local. D'où l'émergence de nouvelles fonctions, telles la médiation sociale ou le travail en réseau, qui interroge bien souvent les limites d'intervention traditionnelles des travailleurs sociaux.

Dans le secteur sanitaire, la demande va dans le sens d'une qualité accrue de la prise en charge du patient tant sur le plan de la qualité des soins (soulagement de la douleur, soins de suite, information, éducation thérapeutique, coordination des soins et des professionnels, dimension relationnelle et liens avec les familles), que sur celui de l'environnement (gestion des risques et plateaux techniques performants).

Ce contexte nécessite des équipes pluridisciplinaires et appelle le décloisonnement des professions sanitaires entre elles ainsi que des liens plus structurés entre intervenants du secteur sanitaire et social. Ce décloisonnement se traduit aujourd'hui par des passerelles entre les diplômés qui constituent un nouvel enjeu dans la construction de l'offre de formation.

Concernant la prise en charge des personnes âgées, la prolongation souhaitée du maintien à domicile recule de facto l'entrée en maison de retraite et en établissement de long séjour. Ce type d'établissement devra dès lors gérer un profil de dépendances et de poly-pathologies qui nécessitera un personnel de plus en plus nombreux, qualifié et diversifié.

Après l'aide personnalisée d'autonomie (APA), la mise en place progressive de la prestation de la compensation du handicap (PCH) modifiera quant à elle le type et la qualité de la prise en charge du public handicapé à domicile.

La formation est donc un moyen essentiel pour répondre aux évolutions quantitatives et qualitatives et à la diversité des prises en charge tant au domicile qu'en établissement.

En effet, il faudra davantage de professionnels formés et qualifiés pour assurer la continuité et la complémentarité des prises en charge.

A noter : l'APA est une allocation attribuée aux personnes âgées d'au moins 60 ans qui

se trouvent en perte d'autonomie et qui ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes de la vie courante. L'APA concerne à la fois les personnes résidant en établissement ou à domicile. Elle est cofinancée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et les Conseils généraux et versée par ces derniers. Son montant dépend du degré de dépendance des personnes constaté par une équipe pluridisciplinaire. En région Centre, elle concernait 40 123 personnes au 31 décembre 2005.

La PCH est une aide financière destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées. Son attribution est personnalisée. Elle est également cofinancée par la CNSA et les Conseils généraux.

Les besoins de compensation doivent être inscrits dans un plan personnalisé défini par l'équipe pluridisciplinaire de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) sur la base du projet de vie exprimé par la personne.

Il est possible de bénéficier de la PCH en résidant dans une institution spécialisée ou à domicile. Cette aide commence juste à se mettre en place.

2. Des dépenses de plus en plus encadrées

Les déficits chroniques des comptes sociaux amènent l'Etat à rationaliser de plus en plus la gestion de ceux-ci. Cela se traduit notamment par :

⇒ La réforme des établissements de santé (publics et privés) autour de la tarification à l'activité. Ce mode de financement fait reposer l'allocation des ressources sur la nature et le volume de l'activité réellement réalisée. Les objectifs affichés sont la transparence des coûts, la responsabilisation des acteurs, l'équité de traitement entre les secteurs. Par ailleurs, le raccourcissement des séjours hospitaliers qu'entraîne cette rationalisation suppose que soient mieux pris en charge les soins de suite en établissements de long ou de moyen séjour ou en hospitalisation à domicile.

⇒ La médicalisation progressive des maisons de retraite appelées à devenir pour la plupart des EHPAD (Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), sous réserve d'une convention tripartite signée entre le Préfet de département, le Président du Conseil général et le représentant de l'établissement. Les objectifs recherchés sont la transparence des coûts, le renforcement des moyens et la qualité des prestations. Ces conventions sont signées pour cinq ans. Elles devront être passées avant le 31 décembre 2007. Les premières conventions ayant été signées courant 2002, une seconde génération de conventions va voir le jour à compter de 2008. Elles devraient dégager de nouveaux moyens, notamment en personnel.

⇒ La question de la maîtrise des dépenses liées au développement du maintien à domicile est également posée. La prise en charge à domicile est appelée à se développer fortement compte tenu de l'évolution des attentes du public et des modes de vie. Même si la solvabilité des besoins est facilitée par la mise en place de l'APA, et maintenant de la PCH, les besoins pèsent fortement sur les budgets publics (CNSA et Conseils généraux) en charge du financement de ces prestations.

Concernant la prise en charge des personnes âgées, il convient toutefois de rappeler que le principal financeur reste l'usager lui-même et que la qualité des services qu'il est en droit d'attendre trouve ses limites dans le coût qu'il peut supporter. **Le vieillissement de la population lié à l'accroissement de l'espérance de vie pose clairement le problème de l'adéquation entre les ressources nécessaires pour y faire face et les moyens que celles-ci permettent de mobiliser.**

3. Des conditions de travail des personnels contraignantes

L'insuffisance de moyens humains va souvent de pair avec une hausse de productivité du personnel. Cela peut se traduire par une dégradation des conditions de travail déjà reconnues comme difficiles compte tenu de la

lourdeur croissante des pathologies à prendre en compte et des permanences de service à assurer. De plus, le passage aux 35 heures a généré une réorganisation des services sans pour autant améliorer la qualité des conditions de travail des personnels.

Aujourd'hui, la dégradation de ces dernières conduit trop souvent à compromettre l'engagement d'une partie du personnel et génère une usure professionnelle prématurée qui se traduit par la multiplication des arrêts de travail. Selon le rapport Pinaud publié par le Conseil Economique et Social en juillet 2004, 50 000 infirmiers diplômés de moins de 55 ans n'exerçaient plus en France en 2001 sur un total de 480 000.

Des pénuries en termes de personnel sont souvent mentionnées. Leurs causes sont diverses : manque de postes budgétaires, absence de candidats sur les postes effectivement créés, insuffisance de personnels formés. Ce contexte de pénurie peut avoir une incidence sur des glissements de tâches vers des personnels qui n'ont pas la qualification requise pour les exécuter. C'est l'apparition des « faisant fonction » par ailleurs difficiles à quantifier mais présents dans bon nombre de services des établissements sanitaires et sociaux (cadres, éducateurs spécialisés, aides-soignants et infirmiers de bloc opératoire notamment).

Il ne suffit donc pas de détecter et de quantifier des besoins. Encore faut-il pouvoir les satisfaire, soit en créant les postes

correspondants avec des conditions de travail attractives, notamment là où existent des difficultés de recrutement (zones rurales, services de psychiatrie, établissements pour personnes âgées), soit en formant plus de personnes si cela s'avère nécessaire. La réponse en terme de formation est nécessaire mais elle peut ne pas être suffisante. **Former plus de personnels ne peut avoir de sens que si les nouveaux diplômés trouvent un emploi à la hauteur de leurs compétences et de leurs intérêts.**

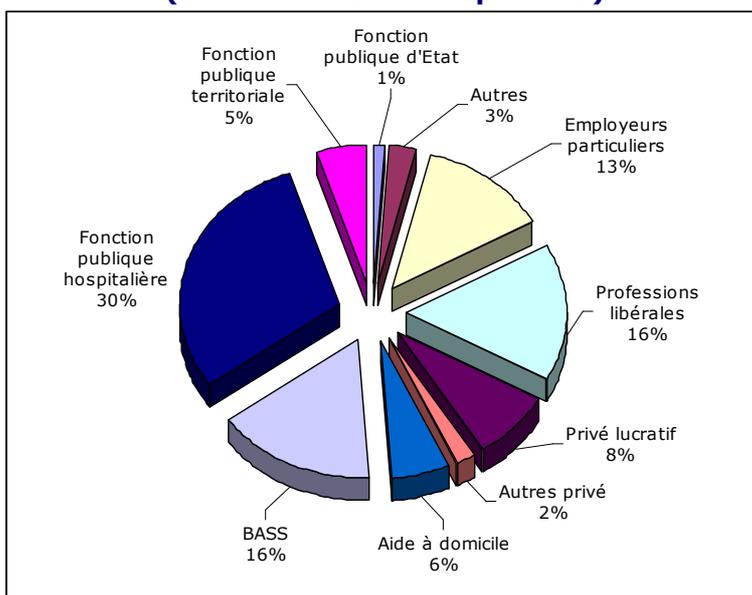
II – Les équipements et les emplois

Le recensement effectué par le cabinet GESTE en septembre 2005 a permis d'estimer à 129 000 le nombre d'emplois sur le champ sanitaire et social en région Centre, soit 13,5 % de la population active régionale. Ce secteur est l'un des secteurs employeurs de la région le plus important aux côtés de l'industrie (164 000) et du commerce (125 000).

Le personnel se répartit entre le secteur sanitaire (52 %), et le secteur social (48 %), celui-ci intégrant les emplois liés à l'aide à domicile.

Comme l'indique le schéma ci-dessous, le personnel est réparti en de très nombreux statuts, ce qui rend son étude d'autant plus complexe

Répartition par statut du personnel du secteur sanitaire et social en région Centre (source : GESTE – sept 2005)



BASS : branche professionnelle sociale et médico-sociale du secteur privé non lucratif

Selon l'Observatoire régional de la formation et de l'emploi, en 2003, 9 492 entreprises du secteur sanitaire et social représentant 17 402 salariés étaient assujetties aux bénéfices commerciaux et non commerciaux. Elles ont réalisé un chiffre d'affaires de 1,956 milliard d'euro, soit une progression de 10 % par rapport à 2001, avec un taux élevé de valeur ajoutée de 70 %, soit 1,369 milliard d'euro, révélant que les entreprises du secteur font relativement peu appel à l'extérieur, notamment pour des prestations administratives et intellectuelles.

Par ailleurs, selon l'INSEE, le sanitaire et social associé au champ de l'éducation et de l'administration a représenté en 2002, 21,2 % de la valeur ajoutée brute générée par l'ensemble des activités de la région, derrière les services marchands (44,5 %) et l'industrie (24,4 %) mais loin devant la construction (5,8 %) et l'agriculture (4,1 %).

1. Les établissements de santé

1.1. Un équipement sanitaire inférieur à la moyenne nationale...

En 2005, les établissements de santé regroupaient en région Centre 48 structures publiques (dont un centre hospitalier universitaire, un centre hospitalier régional, 26 centres hospitaliers dont 3 spécialisés en psychiatrie, et 17 hôpitaux locaux), 16 établissements privés participant au service public hospitalier (dont 13 structures de soins de suite et 2 spécialisées en psychiatrie) et 112 autres établissements privés dont 42 structures de court et moyen séjour, 11 établissements ayant trait à la santé mentale et 44 centres de dialyse.

La capacité totale de ces établissements représentait 25 845 lits répartis entre le court séjour hospitalier (8 594 lits pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique), les soins de longue durée (3 982 lits), les soins de suite et de réadaptation fonctionnelle (3 541 lits), la psychiatrie (2 309 lits) et les

autres types d'hébergement (7 419 lits) dont l'accueil des personnes âgées. Le secteur public était majoritaire en nombre de lits puisqu'il représentait 79 % de la capacité totale contre une moyenne de 71 % pour la France entière.

Il convient d'ajouter à cette capacité les 2 078 places offertes par les établissements de santé liées à la psychiatrie, la chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation à domicile.

Au cours de la période 2001/2005, le court séjour hospitalier accuse une baisse de nombre de lits (- 3 %) mais une augmentation significative du nombre de places (+ 25 %). De son côté, la psychiatrie affiche également un recul du nombre de lits (- 5 %) notamment dans le Cher suite au regroupement de 3 unités en une seule à vocation intercommunale. Seul le secteur des soins de suite progresse de 6 % en capacité de lits. Ces évolutions reflètent la diminution de l'activité en hospitalisation complète au profit des séjours de moins d'une journée (accueil ambulatoire) également constatée au niveau national.

Par ailleurs, les effets conjugués de l'évolution de la demande sociale et de la réorganisation du secteur hospitalier entraînent peu à peu une recomposition du paysage hospitalier (fusions, regroupements, répartition d'activité...), rendue nécessaire pour augmenter et organiser la qualité de services dans les territoires (nouveaux équipements et plateaux techniques plus performants). Des restructurations ont déjà eu lieu ou sont en cours tant dans le public (par exemple regroupement du centre hospitalier universitaire de Tours sur trois sites) que dans le privé (cliniques privées de Tours, Blois et Bourges).

Concernant le nombre de lits de soin proprement dit, le tableau ci-après illustre la prédominance du secteur public et met en évidence un taux d'équipement pour 100 000 habitants en dessous de la moyenne nationale, notamment pour les départements d'Eure-et-Loir et du Loiret.

Nombre de lits de soin (total et pour 100 000 habitants) dans les établissements de santé en région Centre et en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2006.

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre	France métropolitaine
Nombre de lits								
Public	2 090	2 185	1 311	2 743	2 034	2 653	13 016	290 888
Privé	362	732	432	1 673	895	1 316	5 410	165 403
Total	2 452	2 917	1 743	4 416	2 929	3 969	18 426	456 291
Nombre de lits pour 100 000 habitants								
Public et privé	778	699	751	776	910	619	738	754

Source : DRASS Centre/Statiss 2007 d'après les statistiques annuelles des établissements 2005

L'éclairage particulier porté sur les taux d'équipement des seuls secteurs du court séjour, de la psychiatrie et de la réadaptation fonctionnelle et des soins de suite (qui regroupaient en 2005 16 522 lits et places)

reflète également le retard général de la région en la matière par rapport au niveau national avec des écarts parfois très importants selon les secteurs et les départements.

Taux d'équipement (en lits et places) pour 1 000 habitants en région Centre dans les secteurs du court séjour hospitalier, de la réadaptation fonctionnelle et de la psychiatrie au 1^{er} janvier 2006.

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Région Centre	France métropolitaine
Court séjour hospitalier (médecine, chirurgie, obstétrique)	3,49	3,83	3,33	4,63	3,33	3,50	3,78	4,14
Réadaptation fonctionnelle et autres soins de suite	1,26	1,60	1,44	1,74	1,70	1,36	1,47	1,58
Psychiatrie	4,32	2,39	2,52	2,46	3,58	1,72	2,65	2,57
Total	9,07	7,82	7,29	8,83	8,61	6,58	7,90	8,29

Source : DRASS Centre /statiss 2007

1.2. ... et une sous-densité médicale inquiétante

Même si l'effectif des professionnels de santé est globalement en hausse en région Centre, celui-ci se distingue par une sous densité

médicale par rapport au niveau national qui touche quasiment toutes les professions. Comme le montre le tableau ci-après, il faudrait en région Centre : 7 525 professionnels supplémentaires (dont 1 775 médecins et 3 925 infirmiers) pour rattraper le retard constaté par rapport au niveau national.

**Densité des professionnels de santé en région Centre pour 100 000 habitants
(salariés et libéraux) recensés au 1^{er} janvier 2006.**

Profession	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre	France métropolitaine	Nb de professionnels nécessaires pour rattraper la densité nationale
Médecins (généralistes et spécialistes)	230	227	218	373	254	255	270	341	1775
Chirurgiens dentistes	47	45	44	55	48	51	50	68	450
Sages-femmes	17	21	13	33	23	21	23	27	100
Masseurs-kinésithérapeutes	62	55	58	93	70	72	71	100	725
Infirmiers	616	502	609	636	590	597	593	750	3 925
Orthophonistes	16	19	15	38	17	21	23	26	75
Orthoptistes	2	1	3	4	2	3	3	4	25
Pédicures podologues	15	14	15	17	16	15	15	17	50
Ergothérapeutes	7	5	7	7	4	6	6	9	75
Psychomotriciens	8	9	7	10	8	9	9	10	25
Manipulateurs d'électroradiologie médicale	27	29	28	52	27	35	35	42	175
Opticiens lunetiers	19	20	18	24	25	21	22	27	125
Audioprothésistes	3	1	6	4	3	2	3	3	0
Pharmaciens	84	109	108	132	105	115	112	112	0

Source : DRASS Centre/statiss 2007

Concernant plus particulièrement les médecins, la région Centre est la région française où la densité médicale est la plus faible pour les généralistes tous types d'exercice confondus (136 médecins pour 100 000 habitants contre 165 au niveau national). La moindre sous-densité en spécialistes permet tout au plus à la région Centre de remonter à l'avant-dernière place pour la densité médicale toutes catégories de médecins confondues.

Selon le SROS ³, si aucune action correctrice n'est envisagée, les projections à l'horizon 2025 prévoient une décroissance de 15,6 % du nombre de médecins pour l'ensemble de la France mais de 18,5 % pour la région Centre. L'une des mesures à prendre au plus vite serait l'augmentation du numerus clausus pour l'accueil des étudiants en première année. Au plus bas en région Centre de 1993 à 1997, il était alors de 81. Il est aujourd'hui remonté à 196 pour un numerus clausus national de 7 100 mais il reste insuffisant

³ SROS : le schéma régional d'organisation sanitaire de la région Centre a été arrêté par le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation le 13 mars 2006.

pour faire face au retard de la région. Un effort supplémentaire supposerait un redéploiement national au profit de la région Centre mais aussi des capacités d'accueil suffisantes à l'université de Tours.

Par ailleurs, sur les 368 zones répertoriées par l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) en région Centre, 42 sont considérées comme déficitaires au regard d'un certain nombre d'éléments tels que l'âge des généralistes, les caractéristiques de la population et la consommation médicale. D'autres zones (107) présentant des signes inquiétants de désertification. Elles sont dites à « surveiller ».

Le plan national relatif à la démographie médicale du 25 janvier 2006 rend les zones déficitaires éligibles à un certain nombre d'aides financières pour rendre attractive l'activité médicale en zone rurale. Par ailleurs, les collectivités territoriales peuvent compléter ces incitations par des aides financières directes auprès des étudiants du troisième cycle.

Dans le cadre des contrats de pays, la Région se mobilise aux côtés des autres collectivités territoriales pour soutenir la création de maisons pluridisciplinaires de santé. Celles-ci regrouperont sur un même site plusieurs professionnels de santé et permettront ainsi d'assurer une permanence des soins tout en assurant aux personnels de meilleures conditions de travail (congrés, gardes, remplacements...). 24 projets (dont 15 sont situés en zones déficitaires ou à surveiller), sont inscrits actuellement dans 16 contrats de pays représentant un montant de subvention régionale de 2,65 M€. Par ailleurs, le volet territorial du Contrat de projets Etat/Région 2007-2013 prévoit une enveloppe de 5,2 M€ pour ce type d'opération au titre des services à la population : un appel à initiatives a été lancé en juillet 2007.

1.3 Un secteur où les effectifs sont en forte hausse

L'effectif des professions de santé augmente très rapidement en région Centre : de 32 048 en 1982 à 52 340 en 1999, soit une progression de 63 % en 17 ans.

Les informations communiquées par l'Observatoire régional de la formation et de l'emploi par bassin d'emploi et grande famille professionnelle (cf annexe 2) révèlent des taux de croissance annuels moyens pouvant dépasser 8 % entre 1982 et 1999. Seuls les bassins de Châteaudun et de Saint-Amand Montrond connaissent des taux négatifs pour les familles d'infirmier/sage-femme ou pour les professions paramédicales autres qu'aide-soignant et infirmier/sage-femme.

Cette croissance se poursuit depuis, et selon l'étude GESTE, l'effectif des professionnels de santé atteindrait aujourd'hui en région Centre 67 550 personnes qui se répartissent entre le secteur hospitalier (41 900 emplois), les soins de ville (23 850 emplois) et les autres services (1 800 personnes).

Les statistiques disponibles auprès de la DRASS donnent une répartition par département pour certains professionnels (ceux soumis à déclaration préalable pour l'obtention du droit d'exercice). Au 1^{er} janvier 2006, ces derniers représentaient un effectif de 30 845 personnes dont 53 % exerçaient dans les départements d'Indre-et-Loire et du Loiret.

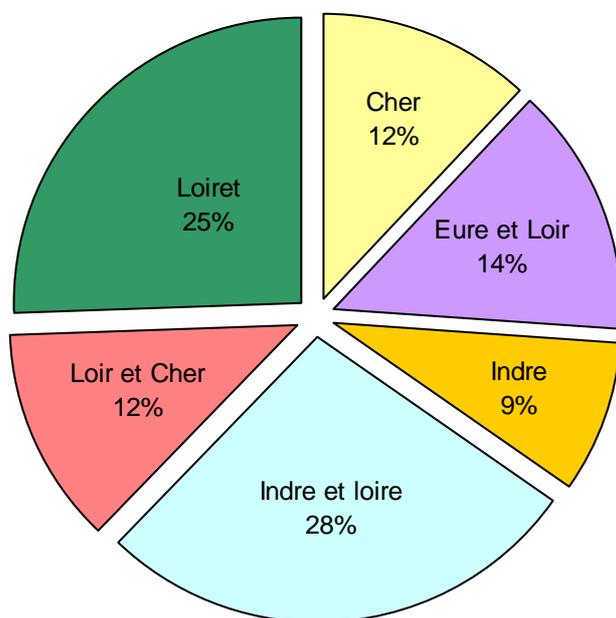
**Répartition des professionnels de santé en région Centre au 1^{er} janvier 2006
(salariés et libéraux) : effectif et taux de croissance annuel moyen 1999/2006**

Professions	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre
Médecins (généralistes et spécialistes)	726 (0,77 %)	948 (2,15 %)	507 (0,55 %)	2 127 (2,12 %)	815 (2,70 %)	1 637 (2,04 %)	6 760 (1,89 %)
Chirurgiens dentistes	148 (- 0,9 %)	186 (-0,3 %)	103 (0,43 %)	315 (- 0,22 %)	154 (0 %)	325 (-0,34 %)	1 231 (-0,28 %)
Sages-femmes	55 (2,08 %)	88 (1,05 %)	31 (0,48 %)	191 (8,08 %)	74 (3,04 %)	133 (1,55 %)	572 (3,40 %)
Masseurs-kinésithérapeutes	196 (0,93 %)	230 (0,85 %)	134 (- 0,21 %)	532 (4,02 %)	226 (1,46 %)	463 (0,92 %)	1 781 (1,70 %)
Infirmiers	1 942 (1,98 %)	2 092 (1,07 %)	1 414 (2,62 %)	3 618 (0,77 %)	1 899 (1,80 %)	3 826 (4,20 %)	14 791 (2,06 %)
Orthophonistes	50 (1,24 %)	80 (1,81 %)	36 (1,30 %)	220 (4,76 %)	56 (-0,25 %)	134 (1,28 %)	576 (2,34 %)
Orthoptistes	5 (-5,35 %)	5 (0 %)	7 (5,71 %)	26 (4,28 %)	5 (-0,24 %)	18 (2,86 %)	66 (1,69 %)
Pédicures- podologues	48 (7,14 %)	60 (6,62 %)	35 (6,55 %)	97 (3,48 %)	52 (6,94 %)	97 (6,40 %)	389 (5,78 %)
Ergothérapeutes	23 (5,04 %)	23 (13 %)	17 (5,95 %)	38 (4,43 %)	16 (4,76 %)	42 (9,71 %)	159 (6,94 %)
Psychomotriciens	27 (6,01 %)	38 (- 0,71 %)	16 (- 0,16 %)	59 (4,03 %)	25 (2,72 %)	58 (4,98 %)	223 (2,75 %)
Opticiens lunetiers*	61	84	42	137	82	135	541
Audioprothésistes*	10	6	13	21	11	15	76
Manipulateurs d'électroradiologie médicale*	86	122	65	298	88	222	881
Pharmaciens	266 (-1,13 %)	454 (0 %)	251 (1,03 %)	749 (1,61 %)	339 (0,25 %)	740 (1,52 %)	2 799 (0,77 %)
Total	3 643	4 416	2 671	8 428	3 842	7 845	30 845

* taux de croissance non connu

Source : DRASS/Statiss 2000 à 2007

Répartition en pourcentage par département des professionnels de santé recensés par la DRASS au 1er janvier 2006



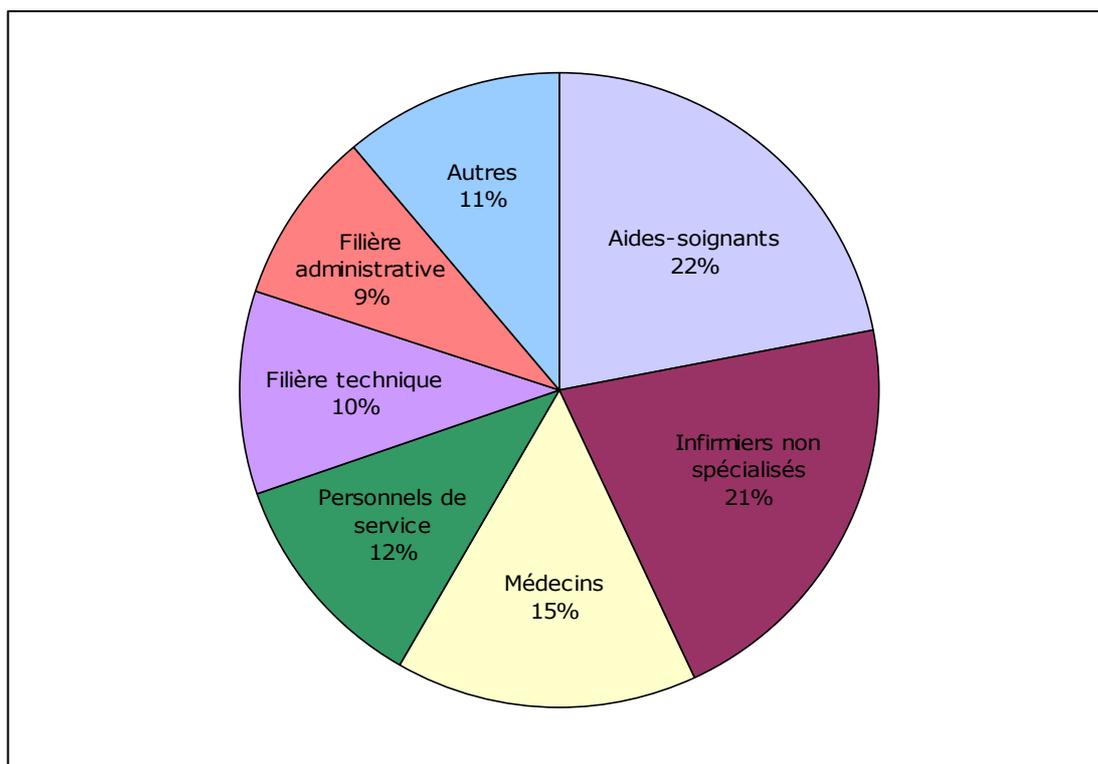
S'ajoutent à ces effectifs pour l'ensemble de la région les aides-soignants (15 186), les agents de service hospitaliers (près de 6 000), les préparateurs en pharmacie d'officine (environ 4 000), les ambulanciers (2 047), les techniciens de laboratoire en analyses biomédicales (1 229), les préparateurs en pharmacie hospitalière (environ 300) ainsi que les personnels administratifs et techniques des établissements.

Les taux de croissance constatés depuis 1999 révèlent le développement important de certaines professions (pédicures-podologues, ergothérapeutes) mais sur des effectifs relativement faibles alors que les professions

plus généralistes (médecin, infirmier, pharmacien, masseur - kinésithérapeute, chirurgien-dentiste, pharmacien) connaissent des taux beaucoup moins élevés, voire négatifs.

Parmi l'ensemble des personnels présents dans le secteur hospitalier, les aides-soignants sont majoritaires : ils représentent 22 % de la population du secteur. Les infirmiers représentent à peu près la même proportion du personnel. Viennent ensuite les médecins (représentant 15 % des effectifs), les personnels de service (12 %), les personnels de la filière technique (10 %) et les personnels de la filière administrative (9 %).

Répartition des différents personnels du secteur sanitaire de la région Centre



Sources : DREES, fichier ADELI 2003 et 2004, Statistiques Annuelles des Etablissements 2002

La rubrique « autres » regroupe les personnels de la filière de rééducation (masseurs - kinésithérapeutes, ergothérapeutes, pédicures - podologues, orthophonistes, diététiciens), de la filière médico-technique (techniciens de laboratoire en analyses biomédicales, préparateurs en pharmacie hospitalière, manipulateurs d'électroradiologie médicale) ainsi que les personnels d'encadrement des personnels soignants, les infirmiers spécialisés, les pharmaciens, les ambulanciers, le personnel de direction et les sages-femmes.

La féminisation se poursuit : 85 % du personnel sont aujourd'hui « féminin » contre 75 % en 1999.

Le marché du travail se caractérise par un recours important aux contrats à durée déterminée dans le secteur privé (80 % des recrutements en 2003) mais également par une forte mobilité entre secteurs public et privé en fonction des postes et des conditions de travail proposés ou des choix personnels (installation en libéral par exemple).

Même si les données de l'ANPE ne reflètent que très partiellement les mouvements du

marché du travail dans le domaine de la santé, on note toutefois que 1 250 personnes étaient inscrites à l'ANPE au 31 décembre 2005 dans le secteur de la santé soit 1,4 % du nombre total de demandeurs d'emploi de la région inscrits à cette même date. Parmi les inscrits, on notait 51 % d'aides-soignants et 42,3 % de professionnels paramédicaux (dont 10,4 % d'infirmiers). Tous les demandeurs d'emploi du secteur ou presque étaient déjà diplômés.

L'intérim joue un rôle important et constitue l'une des voies de recrutement régulièrement utilisées dans le secteur paramédical. Par ailleurs, contrairement à d'autres domaines d'activité, où le marché du travail offre moins de possibilités d'emploi durable, l'intérim relève très souvent d'un choix délibéré et cohabite avec des situations de chômage « non subies » dans l'attente d'un poste correspondant aux aspirations personnelles et professionnelles des personnes.

Enfin le nombre de contrats aidés dans le secteur hospitalier public était de 1976 au 31 décembre 2006.

1.4 Une gestion des ressources humaines confrontée aux pénuries, aux déroulements de carrière des agents et bientôt à la validation des acquis de l'expérience pour les faisant fonction d'aides-soignants

⇒ Les pénuries : elles concernent des professions (masseurs-kinésithérapeutes et cadres de santé du secteur hospitalier, infirmiers de bloc opératoire, infirmiers anesthésistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, orthophonistes), des secteurs d'activité (psychiatrie, gériatrie) ou des établissements en zones rurales (pour personnes âgées notamment). D'autre part, les besoins en aides-soignants vont s'accroître compte tenu de la médicalisation à terme de tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées et du développement des services de maintien à domicile lié au vieillissement et à l'accroissement de la dépendance et des maladies chroniques.

Concernant le cas particulier des infirmiers, l'augmentation du quota en première année (de 710 places en 1999 à 1 137 en 2003) contribue aujourd'hui à atténuer les difficultés de recrutement rencontrées ces dernières années dans ce métier. Le problème désormais est plus de limiter un taux de fuite élevé en cours de formation (qui varie selon les promotions de 20 à 30 %) et de satisfaire les besoins là où les difficultés de recrutement sont réelles dans certains territoires ou établissements.

⇒ Les déroulements de carrière : la pénibilité des conditions de travail, la gestion des fins de carrière, le décloisonnement des pratiques professionnelles et l'adaptation aux besoins rendent nécessaire la mobilité professionnelle. Celle-ci passe par la possibilité de passerelles entre les métiers et les statuts, la valorisation de l'expérience professionnelle, une communication améliorée sur les filières afin de fidéliser les personnels par la construction de parcours professionnels pérennes.

L'investissement en formation initiale ne saurait donc être profitable dans le temps que s'il est relayé par la formation continue tout au long de la vie.

⇒ L'impact de la validation des acquis de l'expérience pour les faisant fonction d'aide-soignant : sur les 492 candidats qui se sont présentés devant un jury VAE en 2006/2007, 150 ont obtenu le diplôme d'aide-soignant (soit 30 %) et 264 une validation partielle (soit 54 %). Vont donc se poser les problèmes du financement des formations post-VAE pour les modules qui resteront à valider et du financement des postes à créer ou à transformer pour intégrer les nouveaux diplômés. D'autres diplômes devraient être accessibles dans l'avenir par la voie de la VAE. Toutefois, les modalités de mise en œuvre pourraient en être limitées dans la mesure où les diplômes du secteur sanitaire concernent pour la plupart des professions réglementées.

2. Le secteur social et médico-social

Ce secteur est par définition très vaste. Il est défini ici en fonction des types de publics pris en charge (handicapés, publics jeunes et adultes en difficulté, personnes âgées, petite enfance de moins de 3 ans). Les structures et services d'accueil représentaient en région Centre au 1^{er} janvier 2006 une capacité d'accueil de 63 997 places. Elles étaient réparties entre 830 structures et services dont 485 concernaient l'accueil des personnes âgées.

Répartition des places et des lits dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux en région Centre par type de publics accueillis au 1^{er} janvier 2006

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre
	nombre	nombre	nombre	nombre	nombre	nombre	nombre
Adultes handicapés	1 657	1 703	1 035	2 939	1 838	2 209	11 381
Enfance et jeunesse handicapées	726	956	463	1 475	802	1 279	5 701
Protection de l'enfance	99	1 044	161	603	353	519	2 779
Hébergement et réinsertion sociale*	293	144	131	471	142	284	1 465
Garde des enfants d'âge préscolaire**	640	1 026	367	1 813	820	2 234	6 900
Accueil des personnes âgées	4 497	5 063	3 665	7 376	4 870	6 691	32 162
Services de soins à domicile pour personnes âgées	583	333	516	809	528	840	3 609
Total	8 495	10 269	6 338	15 486	9 353	14 056	63 997

* y compris les centres d'accueil de demandeurs d'asile

** information non exhaustive

Source : DRASS Centre/statiss 2007

2.1 Un taux d'équipement régional supérieur à la moyenne nationale sauf pour l'hébergement social et la garde d'enfants d'âge préscolaire

Taux d'équipement en nombre de places et de lits dans les structures d'accueil social et médico-social en région Centre au 01.01.2006

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Centre	France métropolitaine
Accueil des personnes âgées (taux d'équipement pour 1 000 habitants de 75 ans et plus)								
	233,30	265,50	230,10	256,80	228,60	227	240,80	232,60
Accueil des adultes handicapés (taux d'équipement pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans)								
	7,60	6,50	7,30	7,7	7,10	5,50	6,80	5,56
Accueil enfance et jeunesse handicapées (taux d'équipement pour 1 000 jeunes de -20 ans)								
	10,20	8,80	9,40	10,70	10,70	8	9,50	8,64
Protection de l'enfance (taux d'équipement pour 1 000 jeunes de -20 ans originaires de la région Centre)								
	1,40	5,75	3,30	4,40	4,70	3,20	4,60	4,44
Hébergement et réinsertion sociale (taux d'équipement pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans)								
	1,30	0,50	0,44	0,95	0,86	0,49	0,74	0,94
Garde des enfants d'âge préscolaire (taux d'équipement en accueil collectif pour 1 000 enfants nés au cours des 3 dernières années); données au 1^{er} janvier 2005 (non exhaustives)								
	65	64	52	91	76	90	78	106

Source : DRASS Centre, Statiss 2007 et 2006

A noter : le taux d'équipement pour l'accueil des personnes âgées cumule les taux d'équipement en structures d'hébergement, en lits médicalisés et en places de services de soins à domicile.

La région Centre présente un taux d'équipement en places dans les structures sociales et médico-sociales supérieur à la moyenne nationale sauf pour l'accueil lié à la réinsertion sociale et à la petite enfance.

L'analyse par département révèle toutefois le retard du Loiret par rapport aux moyennes régionale et nationale.

Il convient d'ajouter à cette offre de services les placements en familles d'accueil à titre permanent au titre de l'aide sociale à l'enfance

ou au titre d'une prise en charge médico-sociale ou thérapeutique. Cet accueil spécifique requiert un agrément du Conseil général et une formation de 300 heures validée par le nouveau diplôme d'assistant familial et financée par le Conseil général. Ce diplôme est par ailleurs accessible par la VAE. En région Centre, le nombre d'assistants familiaux peut être estimé à 1 500.

2.2 Une personne sur quatre âgée de plus de 85 ans est hébergée en établissement

Selon les données de la DRASS, 30 000 personnes âgées de plus de 60 ans étaient hébergées en institution en région Centre au 31.12.2003, soit 5 % de la population totale de cette tranche d'âge. Au-delà de 85 ans, c'est une personne sur quatre qui est hébergée en institution. Les résidents se répartissent dans 485 établissements et services dont les maisons de retraite, qui accueillent 70 % des résidents, les foyers logements, les USLD (unités de soins de longue durée) et les structures d'hébergement temporaire.

70 % des résidents sont considérés comme dépendants et 40 % présentent un taux très élevé de dépendance. Ces derniers sont quasiment tous accueillis dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et les unités de soins de longue durée. Près de 55 % des sorties d'établissements sont dues au décès de la personne à un âge moyen de 85,5 ans pour les hommes et de 91 ans pour les femmes.

Le Conseil régional accompagne le financement de la modernisation des établissements pour handicapés et personnes âgées, soit dans le cadre du volet territorial du Contrat de projets Etat/Région 2007/2013 (10,718 M€ pour chaque signataire), soit dans le cadre des conventions Région/Départements (montant prévisionnel indicatif de la subvention régionale globale: 40 M€).

2.3 Des effectifs de personnels en hausse mais vieillissant

Les professionnels sont essentiellement des personnels issus de la filière sociale (assistants de service social, conseillers en économie sociale et familiale...) éducative (éducateurs, moniteurs éducateurs, aides médico- psychologiques...) ainsi que des professionnels issus de la filière de soins (aides-soignants, infirmiers) et de rééducation (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes...). Ils exercent essentiellement dans le secteur privé non lucratif ou au sein d'organismes de protection sociale ou dans le cadre de la fonction publique.

Fin 2001, on comptait dans les établissements pour enfants, adolescents et adultes handicapés 10 040 salariés pour 7 570 équivalents temps plein. Tous emplois confondus, l'âge moyen était de 43 ans avec une part importante des plus de 50 ans pour les médecins (53 %) les directeurs (50 %), et le personnel d'encadrement (35 %). L'ensemble du personnel paramédical était moyennement plus jeune avec seulement 20 % de postes occupés par des personnes âgées de plus de 50 ans, avec toutefois des exceptions pour les psychologues et les masseurs-kinésithérapeutes (près d'un tiers de plus de 50 ans).

Au 31 décembre 2003, les établissements pour personnes âgées comptaient 15 480 salariés correspondant à 15 030 équivalents temps plein. La moyenne d'âge était de 41,5 ans avec les mêmes tendances que dans les établissements ci-dessus : 44 % du personnel d'encadrement et plus de la moitié des médecins dépassaient 50 ans. Les infirmiers étaient relativement plus jeunes (23 % de plus de 50 ans), les aides-soignants étant les plus jeunes : 16 % seulement avaient plus de 50 ans.

Il convient d'ajouter à ces effectifs le personnel relevant de la fonction publique territoriale (environ 5 000 personnes). Celui-ci exerce essentiellement les fonctions d'assistantes maternelles et d'assistants socio-éducatifs avec respectivement 2 288 et 1 258 personnes au 31 décembre 2003. On note enfin environ 500 personnes relevant de la fonction publique d'Etat.

Si la tendance observée entre 1990 et 2003 traduit une augmentation globale des effectifs du secteur privé, on note toutefois depuis 2001 une tendance à la baisse de ces effectifs pour l'accueil des adultes handicapés, les structures d'aide par le travail et les hébergements sociaux. Les éléments d'explication possibles sont le moindre recours aux emplois aidés et les contraintes budgétaires limitant la création de postes.

D'autre part, selon l'Observatoire régional de la formation et de l'emploi, l'analyse du marché du travail entre 1999 et 2003 révèle un recours important aux contrats à durée déterminée dans les établissements du secteur privé de plus de 10 salariés qui constituent la catégorie d'établissement qui recrute le plus. Les contrats à durée

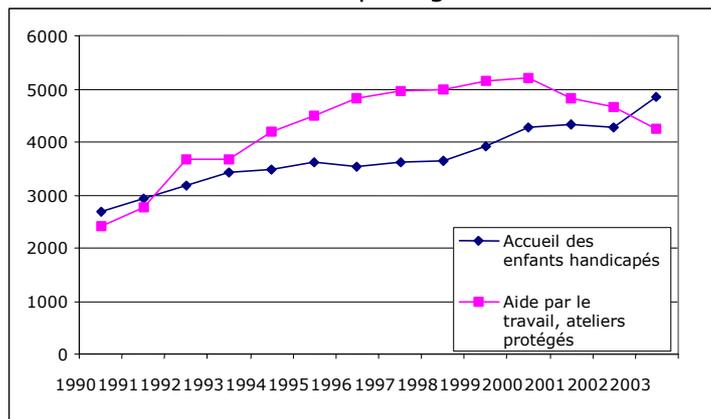
déterminée ont représenté en effet durant cette période entre 85 % et 89 % des embauches.

Par ailleurs, le marché du travail capté par l'ANPE dans le domaine des professions

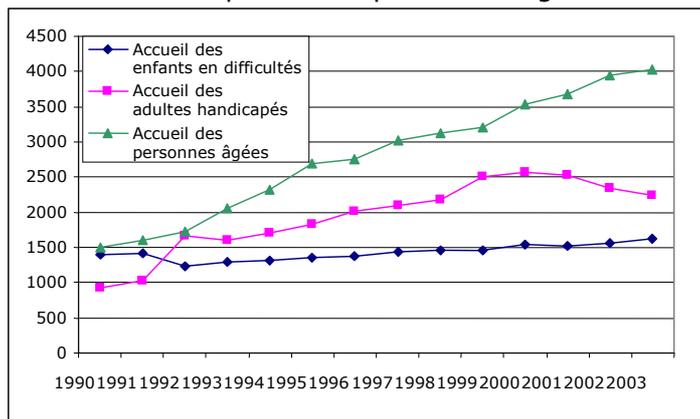
sociales ne semble pas subir de tension particulière, 1 231 offres d'emploi ayant été enregistrées au cours de l'année 2005 pour 2 064 demandes

Evolution des effectifs des salariés du secteur privé dans les différents secteurs d'activité du social et du médico-social entre 1990 et 2003 en région Centre

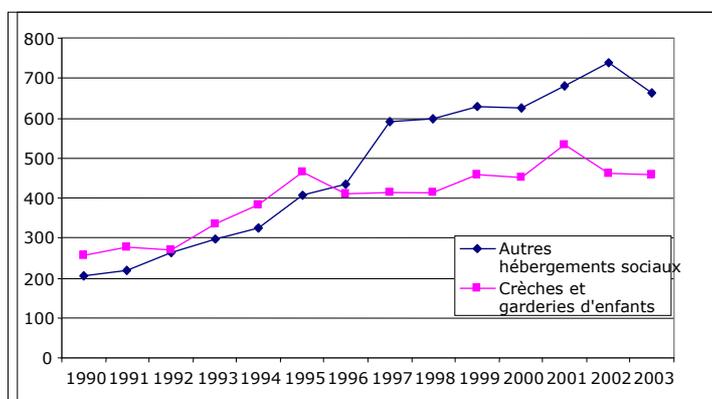
Accueil des enfants handicapés, aide par le travail et ateliers protégés



Accueil des enfants en difficulté, des adultes handicapés et des personnes âgées



Crèches et garderies d'enfants et autres hébergements sociaux



Source : UNEDIC, séries 1990-2003. Exploitation : GESTE

2.4 Un secteur marqué par des risques de pénuries, la présence de faisant fonction et l'émergence de la fonction d'animation

⇒ Les risques de pénurie : ils concernent au premier chef les postes de direction d'établissement et d'encadrement ainsi que le personnel médical. Par ailleurs, des difficultés de recrutement existent pour les postes éducatifs (éducateur

spécialisé, moniteur éducateur) dans certains établissements fonctionnant avec un internat où les conditions de travail sont considérées comme peu attractives.

⇒ Les faisant fonction : ils occupent aussi bien des postes d'encadrement que des postes d'intervention directe auprès des publics. Or, l'élévation attendue des niveaux de qualification dans le secteur plaide pour la diminution de leur nombre sous réserve que les budgets des

établissements suivent pour les intégrer au poste et au salaire correspondants. La VAE devra jouer un rôle de tout premier plan pour permettre aux faisant fonction d'accéder à une qualification reconnue.

- ⇒ Les fonctions d'animation et d'accompagnement : elles se développent notamment dans les établissements d'accueil pour personnes âgées et les établissements pour personnes handicapées. Elles s'exercent via le métier d'aide médico-psychologique, voire le métier d'animateur social accessible notamment par le Brevet populaire de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (option animation sociale).

3. Le secteur de l'aide à domicile

3.1 Un secteur particulier du fait de ses modes d'exercice

Le champ des activités ciblé ici est celui qui concourt au maintien à domicile des bénéficiaires, à savoir :

- ⇒ l'aide et les soins à domicile pour les personnes malades, handicapées, âgées et les familles en difficulté. Cette aide peut s'intégrer dans la vie quotidienne, comme les soins d'hygiène ou la préparation des repas ou concerner la santé comme les soins infirmiers ;
- ⇒ l'aide pour les ménages et les particuliers en situation fragilisée : il pourra s'agir d'aide au ménage ou de garde d'enfants.

Pour ce faire, on distingue trois types de prise en charge de l'aide à domicile :

- ⇒ par des structures prestataires : elles sont employeurs de personnels et mettent à disposition du public des aides à domicile salariés de la structure. La personne aidée rémunère directement le service d'aide à domicile ;
- ⇒ par des structures mandataires : elles effectuent les démarches administratives relatives à l'emploi du personnel mais l'aide à domicile est salarié(e) de la personne utilisatrice de ses services. La personne aidée rémunère directement

son salarié et s'acquitte auprès du service mandataire des frais de gestion inhérents à l'emploi ;

- ⇒ par le gré à gré : il concerne les emplois familiaux qui fonctionnent selon deux modalités : l'emploi familial classique, dans lequel le particulier employeur assure directement la gestion sociale de l'emploi dont il est bénéficiaire et le chèque emploi service universel, par lequel le particulier se trouve déchargé de l'administration du personnel qu'il recrute.

Il convient également de noter que le champ couvert par ces types de prises en charge couvre l'aide aux familles et aux personnes au sens large, dépendantes ou non.

Certaines structures peuvent offrir à la fois des services en prestataire et en mandataire.

Un même salarié pouvant mixer ses temps d'intervention entre les différents modes, il pourra être employé par plusieurs structures sur des temps différents, en prestataire et/ou en mandataire et exercer en plus directement dans le cadre du gré à gré.

Une partie de la prise en charge pouvant être assurée par les financeurs publics, dont les Conseils généraux et l'assurance maladie via l'APA, ce sont bien souvent les orientations arrêtées par ces derniers qui déterminent les logiques de recours aux différents modes d'intervention. Toutefois, même si la loi sur l'APA préconise une intervention en mode prestataire pour les personnes les plus dépendantes, et même si cette préconisation peut être relayée par les Conseils généraux, c'est l'utilisateur qui exerce son libre choix à partir de ses propres critères (notamment personnels et financiers) qui ne correspondront pas forcément avec ceux des financeurs publics.

3.2 Des emplois qui se structurent peu à peu

Outre la fonction d'accompagnement des personnes dans leur vie quotidienne, l'aide à domicile a également trois fonctions transversales : l'aide au diagnostic de la situation de la personne, l'adaptation de l'intervention et la communication et la liaison.

C'est à partir de ces champs qu'a été conclu le 29 mars 2002 l'accord de branche relatif aux emplois et aux rémunérations dans le secteur de l'aide à domicile.

Cet accord classe les personnels en trois filières (intervention, administration et

encadrement/direction) avec pour chacune d'entre elles plusieurs catégories de personnels. En ce qui concerne la filière intervention, les six catégories professionnelles figurent dans le tableau ci-dessous :

Catégorie	Filière intervention à domicile
A	Agent à domicile, Agent polyvalent
B	Employé à domicile
C	Auxiliaire de vie sociale, Aide médico-psychologique Aide-soignant(e) Auxiliaire de puériculture
D	Technicien(ne) de l'intervention sociale et familiale
E	Infirmier, éducateur de jeunes enfants, chargé d'évaluation et de suivi social, ergothérapeute, délégué à la tutelle, médiateur familial, assistant de direction.
G	Psychologue

A noter : d'autres professions peuvent également s'exercer à domicile parmi lesquelles assistant de service social, masseur-kinésithérapeute, puéricultrice, moniteur éducateur, sage-femme.

A chaque catégorie ci-dessus correspond un ou plusieurs emplois-type avec pour chacun d'eux un référentiel d'activités et les diplômes nécessaires pour les exercer ainsi qu'une grille de rémunération.

A titre d'exemple, en région Centre, l'Union nationale des associations de soins et de services à domicile (UNASSAD) indique la répartition suivante de ses intervenants : 77 % en catégorie A, 10 % en B, 11 % en C, et 2 % en D et E.

Cet accord est le fruit de la nécessaire professionnalisation des intervenants à domicile afin de répondre en volume et en qualité à la demande de services de plus en plus complexe générée par le maintien à domicile des personnes dépendantes et atteintes de polypathologies. C'est aussi une

étape indispensable qui contribue à l'attractivité du secteur. Celui-ci souffre en effet d'une image très dégradée : emplois à temps partiel de substitution, peu rémunérés et accessibles sans formation.

A côté de cet accord cohabite la convention collective du particulier employeur (qui couvre le gré à gré) avec des grilles de classification et des titres qui lui sont propres ainsi que la convention collective des familles rurales qui applique, quelques spécificités mises à part, les mêmes grilles que l'accord de branche.

En juin 2007, l'Agence nationale des services à la personne recensait en région Centre 378 établissements d'aide à la personne dont 244 intervenaient dans le cadre de l'aide au maintien à domicile des personnes âgées ou handicapées. Les autres champs d'intervention couverts sont les travaux domestiques (dont l'assistance informatique et l'assistance scolaire) et la garde d'enfants au domicile des bénéficiaires. Ces structures peuvent intervenir en mode mandataire et/ou prestataire.

Répartition par département et par types de services rendus des établissements d'aide à la personne en région Centre, (entreprises, associations, centres communaux d'action sociale, fédérations)

	TD	TD+GE	TD+PA	TD+GE+PA	TD+PA+PH	TD+GE+PA+PH	total
Cher	23	12	2	11	9	10	67
Eure-et-Loir	26	11	0	0	5	11	53
Indre	7	9	0	0	4	14	34
Indre-et-Loire	27	26	1	0	5	44	103
Loir-et-Cher	23	8	0	1	2	6	40
Loiret	28	19	3	4	19	8	81
Total	134	85	6	16	44	93	378

TD : travaux domestiques ; **GE** : garde d'enfants ; **PA** : assistance aux personnes âgées ; **PH** : assistance aux personnes handicapées

Source : Agence nationale des services à la personne ; juin 2007

3.3 Un potentiel d'emplois important en lien avec le vieillissement de la population

L'évolution du nombre d'emplois générés par les secteurs prestataire et mandataire depuis 1993 est à elle seule révélatrice de

l'importance économique que revêt le secteur de l'aide à domicile en région Centre : de 1993 à 2005 le nombre de salariés a augmenté de 68 %, passant de 12 186 à 20 435 dont environ 97 % correspondent à des intervenants à domicile toutes catégories confondues.

Evolution des temps de travail et du nombre de salariés dans l'aide à domicile en région Centre de 1993 à 2005 dans les secteurs prestataire et mandataire

	Prestataire			Mandataire			Total		
	Nombre d'heures travaillées	Nombre de salariés	ETP*	Nombre d'heures travaillées	Nombre de salariés	ETP*	Nombre d'heures travaillées	Nombre de salariés	ETP*
1993	4 427 154	6 880	2 213	1 750 433	5 306	973	6 177 587	12 186	3 186
2000	4 119 478	7 384	2 243	4 494 174	9 019	2 524	8 613 652	16 403	4 767
2005	6 914 816	10 957	4 303	4 462 867	9 478	2 535	11 377 683	20 435	6 838

ETP : Equivalent Temps Plein

Source : URIOPSS, (Union Régionale interfédérale des organismes privés sanitaires et sociaux).

S'ajoute à cet effectif le nombre très important de salariés intervenant en gré à gré chez les particuliers qui était, selon la FEPEM, de 49 933 personnes en 2005 dont une fraction (non recensée) est également salariée de structures mandataires et/ou

prestataires. La FEPEM recensait également en 2005 15 640 assistantes maternelles intervenant à leur propre domicile. Enfin, un certain nombre de centres communaux d'action sociale (11 en région

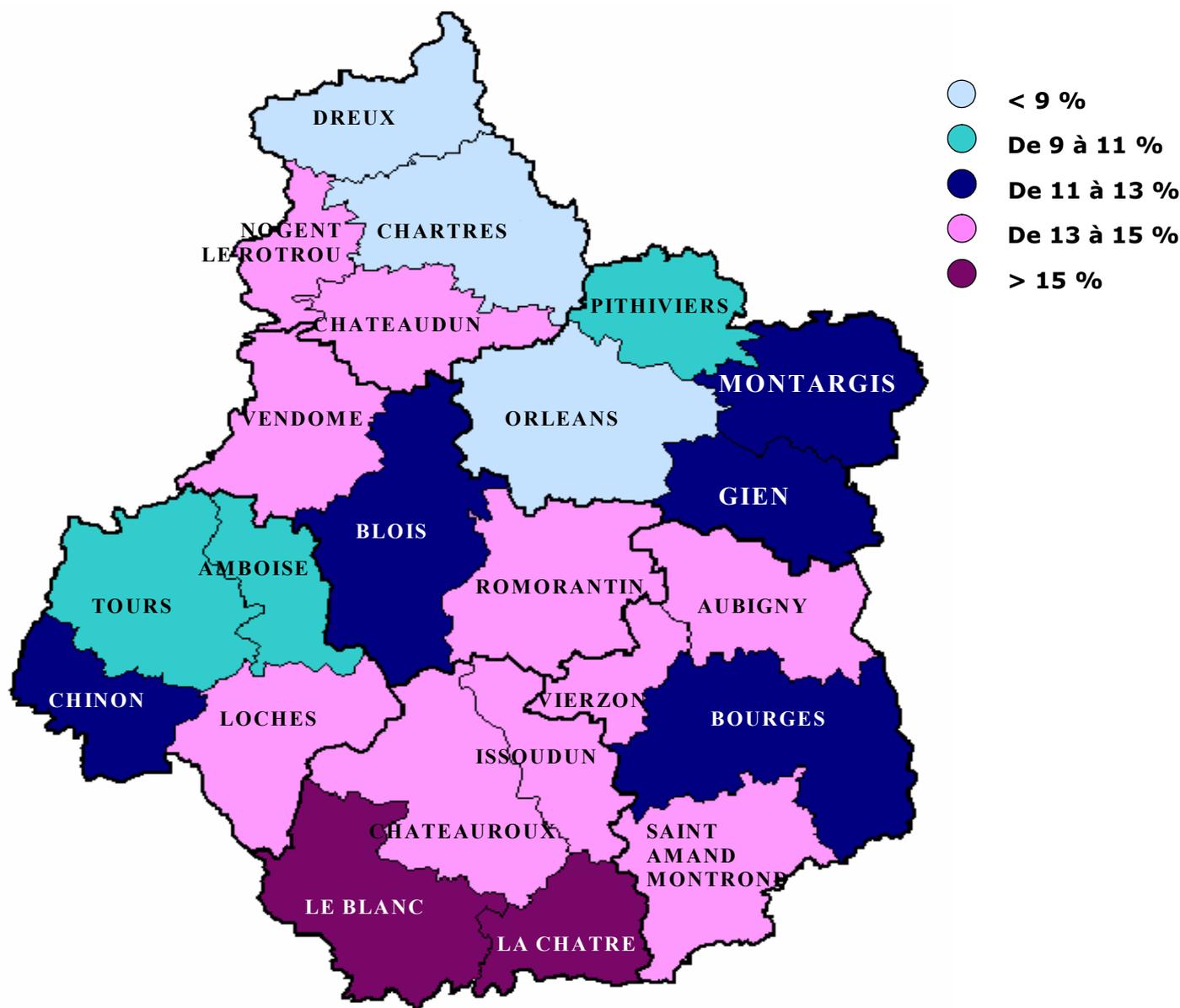
Centre) offrent également des prestations d'aide à domicile avec leur propre personnel.

Une simple projection de la tendance observée depuis 1993 conduirait à 24 000 emplois d'ici à 2012, (soit 7 500 en équivalents temps plein) ce qui est probablement très en dessous de la réalité compte tenu de la tendance lourde qui se dessine : en effet, on comptera en 2020, en région Centre, 286 000 personnes âgées de plus de 75 ans contre 215 000 en 1999 ; elles représenteront

près de 11 % de la population (contre 8,8 % en 1999) avec des écarts allant de 9,46 % en Eure-et-Loir à 14,23 % dans l'Indre.

Par ailleurs, le nombre d'allocataires de l'APA augmente très rapidement (+ 10,4 % entre 2004 et 2005,) et avec lui le degré de dépendance des bénéficiaires. Enfin, la mise en place progressive de la prestation de compensation du handicap destinée au maintien à domicile des personnes handicapées est un autre facteur de développement potentiel du secteur.

Le pourcentage de la population âgée de plus de 75 ans en région Centre en 2020



Source : CESR/santé et vieillissement de la population en région Centre (rapport de janvier 2004))

Les attributaires de l'APA (à domicile et en établissement) en région Centre

	Au 31.12.2003	Au 31.12.2004	Au 31.12.2005
Cher	5 488	5 624	5 923
Eure-et-Loir	4 739	4 608	5 538
Indre	5 268	4 635	4 905
Indre-et-Loire	7 812	7 943	8 468
Loir-et-Cher	4765	5 292	6 243
Loiret	Non connu	8 237	9 046
Total	28 072	36 339	40 123

Source : DRASS Centre

En 2005, selon l'URIOPSS :⁴

- ⇒ le nombre de personnes aidées à domicile (hors gré à gré) est passé de 52 000 en 2000 à 67 000 en région Centre dont 19 000 étaient bénéficiaires de l'APA ;
- ⇒ l'intervention moyenne d'un salarié atteint 39 % d'un temps plein (contre 30 % en 2000) dans le secteur prestataire et 27 % (contre 28 % en 2000) dans le secteur mandataire. La marge de progression reste donc importante pour tendre vers un temps plein, **d'où l'alternative suivante pour les employeurs : conforter et développer le volume d'emploi existant ou créer de nouveaux emplois.**

L'approche par département pour les secteurs prestataire et mandataire révèle deux tendances inverses: une forte croissance du nombre de salariés mais un temps moyen travaillé par salarié qui reste éloigné d'un temps plein (Indre, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher), et une plus faible croissance du nombre d'emplois mais un temps moyen travaillé par salarié qui progresse plus vite vers un temps plein (Cher, Eure-et-Loir et Loiret)

⁴ L'URIOPSS fédère les données statistiques de 180 associations qui interviennent en prestataire et/ou mandataire et des CCAS de la région qui proposent des services d'aide à domicile.

Evolution par département entre 1993 et 2005 du nombre de salariés des secteurs prestataire et mandataire et du taux moyen travaillé par salarié par rapport à un temps plein

	1993		2005	
	Nbre total de personnes salariées	Taux moyen travaillé par salarié par rapport à un temps plein	Nbre total de personnes salariées	Taux moyen travaillé par salarié par rapport à un temps plein
Cher	1 483	0,31	1 927	0,42
Eure-et-Loir	1 269	0,29	1 497	0,47
Indre	2 300	0 19	4 055	0,26
Indre-et-Loire	1 508	0,39	4 889	0,35
Loir-et-Cher	2 658	0,17	4 676	0,24
Loiret	2 968	0,25	3 391	0,43
Total région	12 186	0,25	20 435	0,33

Source : URIOPSS

Concernant le marché de l'emploi, courant 2005, l'ANPE a enregistré 5 470 demandes d'emploi pour la famille professionnelle des « employés de maison » (en dehors des assistantes maternelles) et elle a capté 1 870 offres dont seulement la moitié a pu être satisfaite. Cela corrobore la tendance pour 2007 révélée par l'enquête annuelle sur les besoins de main d'œuvre réalisée par l'UNEDIC. Celle-ci indique 1 480 intentions d'embauche dans le secteur de l'aide à domicile mais pointe par ailleurs de fortes difficultés de recrutement. Celles-ci peuvent s'expliquer par les conditions particulières d'exercice des métiers (temps partiel, mobilité, horaires décalés...), ou par le niveau de rémunération jugé trop faible.

D'autre part, selon l'Observatoire régional de la formation et de l'emploi, le taux des non diplômés (toutes disciplines confondues) exerçant dans le secteur des services à la personne était en 2005 de 57,6 % chez les

plus de 50 ans alors qu'il n'était que de 23,4 % pour les 25/49 ans et de 6,8 % pour les moins de 25 ans.

Ces taux sont à corréliser avec la durée moyenne du chômage : de 9 mois pour les titulaires d'un diplôme de niveau IV et plus, cette durée passe à 12 mois pour les titulaires d'un diplôme de niveau V et à 16 mois pour les non diplômés. Ainsi, selon l'ORFE, il y a tout lieu de penser que le marché des services à la personne, qui s'est structuré au cours des années 80 et 90 autour d'une main d'œuvre essentiellement féminine, âgée de plus de 40 ans et peu formée, évolue peu à peu vers un personnel plus jeune et plus diplômé. Néanmoins, le pourcentage de personnels diplômés dans le secteur du maintien à domicile proprement dit reste encore bas en région Centre : environ 10 % de l'effectif salarié global.

3.4 Des enjeux liés à la qualification du personnel, à la solvabilité du marché et à l'attractivité des métiers

Face aux tendances qui se dessinent, les intervenants à domicile devront être plus nombreux et avoir un niveau accru de qualification. Celle-ci est désormais reconnue par l'accord de branche de mars 2002 qui s'est traduit par une réévaluation significative des grilles salariales (en moyenne + 20 %). Cette augmentation salariale pèse sur les budgets des employeurs, lesquels dépendent en partie des taux de prise en charge de l'APA par les financeurs publics.

Pour faire face à l'équilibre de leurs comptes, les employeurs sont donc parfois enclins à recruter du personnel formé mais pas toujours diplômé et à mettre en avant dans leurs recrutements des qualités liées au savoir être des candidats (disponibilité, fiabilité, mobilité...) et à leur expérience, plus que des critères de diplômes.

En outre, le plan de cohésion sociale (Plan Borloo) comprend un certain nombre de mesures réglementaires et fiscales destinées à faciliter le recrutement de personnels et à « ouvrir le marché » de l'aide à domicile avec l'apparition de nouveaux opérateurs issus notamment du secteur privé lucratif. Il sera donc important d'évaluer l'impact du plan Borloo sur la création d'emplois notamment au bénéfice des personnes dépendantes. L'enquête régulière que mène la Chambre Régionale de Commerce et d'Industrie sur l'évolution et le développement des services en région Centre pourra donner un éclairage intéressant en la matière.

Les emplois de l'aide à domicile souffrent par ailleurs d'une mauvaise image auprès du public qui ne les associe pas toujours à de vrais emplois mais plutôt à des emplois de substitution ou d'attente. Cela ne facilite guère les départs en formation qui se heurtent déjà à des obstacles d'ordre matériel aussi bien pour les salariés que pour les employeurs (gestion des remplacements, avance de trésorerie pour les particuliers employeurs).

L'approche du métier « par défaut » qui colle bien souvent au secteur de l'aide à domicile ne saurait perdurer face aux actes de plus en

plus professionnels qu'il sera indispensable d'assurer pour maintenir au domicile des personnes de plus en plus fragilisées.

L'enjeu essentiel reste bien sûr l'élévation du niveau de qualification des intervenants à domicile. Toutefois, comme l'ont fait remarquer plusieurs participants au groupe de travail du PRDF lors des travaux préalables au schéma, l'obtention d'un diplôme ne constitue qu'un temps fort de la professionnalisation. Celle-ci s'inscrit de fait dans un processus de formation tout au long de la vie qui touche également tous les rouages du secteur du maintien à domicile : intervention, mais aussi gestion et encadrement.

Face au défi que constitue le vieillissement de la population et dans un marché de plus en plus ouvert, l'aptitude des employeurs à s'adapter à l'évolution de la demande sera donc déterminante pour l'avenir de tout un secteur professionnel en quête d'identité et de reconnaissance professionnelles.

Au niveau régional, la professionnalisation des salariés du secteur est en marche. Elle a abouti à la mise en pace d'un EDDF (Engagement de développement de la formation) pour la période 2003/2005. Cet accord, signé entre cinq fédérations d'employeurs⁵, l'Etat et le Conseil régional a permis d'ouvrir 2 488 places de stage sur des modules de professionnalisation et d'adaptation à l'emploi et à 591 personnes de s'engager sur des parcours de qualification via la validation des acquis de l'expérience. Cet accord a été renouvelé pour la période 2006/2007 en renforçant les axes d'intervention précédents et en insistant également sur la formation des postes d'encadrement intermédiaire.

III - L'appareil de formation en région Centre

Il concerne :

- ⇒ Les formations dispensées par les instituts et les écoles dont le financement a été décentralisé ;

⁵ Les fédérations d'employeurs signataires de l'EDDF sont : l'URASSAD, l'ADESSA, la FEPEM, l'ADMR et Familles rurales du Centre.

- ⇒ Les formations généralistes proposées par les Ministères de l' Education nationale et de l'Agriculture et de la Pêche ;
- ⇒ Les formations financées par le Conseil régional à l'attention des demandeurs d'emploi dans le cadre de son appel d'offre annuel et le dispositif de l'AFPA.

1. Les formations des écoles et des instituts

Les formations sanitaires et sociales dispensées par les écoles et les instituts peuvent être d'un niveau inférieur ou supérieur au baccalauréat. Dans ce dernier cas, elles demandent à être également considérées comme l'un des éléments du système régional de formation post-baccalauréat dont elles partagent certaines contraintes, notamment en terme de recrutement.

En 2004, sur un peu plus de 44 000 étudiants de bac+1 à bac+3 de la région Centre (l'effectif total des étudiants y était d'environ 60 000), près de 10 % étudiaient dans des formations sanitaires et sociales. Les entrées en première année de ces formations représentaient 7,3 % du total des entrées en première année post-baccalauréat. Les étudiants de ces formations constituaient 8,8 % de l'effectif de l'ensemble des étudiants de deuxième année et 17 % de l'ensemble des étudiants de troisième année.

Les formations post-baccalauréat de la région Centre vont être frappées dans les années qui viennent par une baisse démographique marquée : en 2014 on comptera en région Centre 2 500 étudiants de moins qu'en 2004. En effet, après une progression de l'ordre de

2000 jeunes entre 2004 et 2008 (soit +3,4 %), l'effectif d'étudiants devrait diminuer de près de 4 500 entre 2008 et 2014 (soit -7,4 %).

Même si un élargissement de l'accès aux formations post-baccalauréat peut atténuer le phénomène, un problème global de recrutement va se trouver posé et l'existence de certaines filières ou de certains établissements ou centres pourrait se trouver menacée. L'accroissement des effectifs d'une filière ou d'un cursus de formation ne pourra se faire qu'au détriment des autres et donc indirectement au détriment du territoire régional. La question de la nécessaire régulation de cette situation a commencé à être traitée dans le cadre de l'une des actions prioritaires du PRDF.

Pouvoir compter sur un « réservoir » important de candidats potentiels pour accéder aux formations supérieures sanitaires et sociales ne va plus forcément de soi. Cela rend sans doute d'autant plus nécessaire l'action pour la réduction des taux d'abandon (tout particulièrement pour la filière infirmier) et plaide pour le développement de la validation des acquis de l'expérience pour augmenter le nombre de professionnels diplômés.

1.1. Dans le sanitaire

L'offre de formation sanitaire en région Centre représente une capacité d'accueil de 2 541 élèves ou étudiants en première année pour une formation médicale et 15 formations paramédicales dont quatre formations de spécialisation.

Les capacités d'accueil pour les entrants en formations médicale (sage-femme) et paramédicales en région Centre au titre du schéma régional des formations

Formations	Effectif	Ouverture du droit à bourse au titre de la décentralisation
Formations initiales		
Sage-femme	30	oui
Masseur-kinésithérapeute	40	oui
Infirmier	1 137	oui
Orthophoniste	39	non
Orthoptiste	3	non
Manipulateur d'électroradiologie médicale	35 (formation ministère de la Santé) + 20 (formation Education nationale)	oui (pour formation Santé)
Opticien lunetier	18	non
Technicien de laboratoire en analyses biomédicales	32	oui
Aide-soignant	877*	oui
Auxiliaire de puériculture	60	oui
Préparateur en pharmacie hospitalière	20	non (apprentissage)
Ambulancier	65	oui
Formations de spécialisation		
Cadre de santé	55	non
Infirmier anesthésiste	20	non
Infirmier de bloc opératoire	45	non
Puéricultrice	45	oui (si formation suivie immédiatement après la formation d'infirmier)
Total	2 541	

*y compris les 3 promotions d'aides-soignants au sein de l'Education nationale à Blois, Orléans et Châteauroux (pour une capacité totale de 65 places).

1.1.1. Une offre en forte augmentation répartie entre 26 écoles et instituts s'adressant à un public essentiellement régional

En 2005, selon les statistiques fournies par la DRASS, toutes années confondues, 4 615 élèves ou étudiants ont été accueillis dans les 26 écoles et instituts de la région (formations initiales et formations de

spécialisation), soit une augmentation de 54 % par rapport à 1999 (cf. tableau ci-après).

Parmi eux, une grande majorité de femmes (90 % en moyenne). Les formations d'infirmier (trois ans) et d'aide-soignant (un an) regroupent à elles seules 3 997 personnes. La différence entre la capacité théorique d'accueil des étudiants

infirmiers sur les 3 années de scolarité (3 411 depuis 2003) et l'effectif réel s'explique en partie par les abandons en cours d'études mais aussi par des

demandes d'équivalence pour obtenir le diplôme d'aide-soignant après la validation de la première année d'études.

Effectifs des formations médicale (sage-femme) et paramédicales entre 1999 et 2005 en région Centre recensées par la DRASS (toutes années confondues) et entrant dans le cadre du schéma régional des formations

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Sage-femme	71	73	75	80	95	114	121
Masseur-kinésithérapeute	79	80	76	74	83	91	103
Infirmier	1 948	2 158	2 488	2 782	2 972	3 266	3 137
Manipulateur d'électroradiologie médicale	71	74	74	76	78	85	92
Technicien de laboratoire en analyses biomédicales	90	89	90	77	81	78	77
Aide-soignant	529	506	538	763	793	872	860
Auxiliaire de puériculture	19	20	20	29	28	47	61
Formations initiales	2 807	3 000	3 361	3 881	4 130	4 553	4 451
Cadre de santé	39	35	47	47	51	56	55
Infirmier anesthésiste	30	30	30	28	29	29	30
Infirmier de bloc opératoire	13	25	25	12	25	34	34
Puéricultrice	39	38	41	43	36	46	45
Formations de spécialisation	121	128	143	130	141	165	164
Total général	2 928	3 128	3 504	4 011	4 271	4 718	4 615

Evolution du nombre d'élèves ou d'étudiants en 1^{ère} année de formation en région Centre pour les formations médicale (sage-femme) et paramédicales recensées par la DRASS et entrant dans le cadre du schéma régional des formations

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Sage-femme	19	19	19	23	35	35	30
Masseur- kinésithérapeute	25	25	25	27	27	31	44
Infirmier	736	871	1 026	1 081	1 122	1 162	1 168
Manipulateur d'électroradiologie médicale	25	27	24	28	34	33	32
Technicien de laboratoire en analyses biomédicales	30	30	32	24	27	32	31
Aide-soignant	529	506	538	763	793	872	860
Auxiliaire de puériculture	20	20	20	29	28	47	61
Formations initiales	1 384	1 498	1 684	1 975	2 066	2 212	2 226
Cadre de santé	39	35	47	47	51	56	55
Infirmier anesthésiste	15	15	15	15	15	14	16
Infirmier de bloc opératoire	13	25	25	25	25	21	13
Puéricultrice	39	38	41	43	36	46	45
Formations de spécialisation	106	113	128	130	127	137	129
Total général	1 490	1 611	1 812	2 105	2 193	2 349	2 355

Source : DRASS Centre/enquêtes écoles de santé

A noter : en raison des redoublements, certains effectifs dépassent légèrement les effectifs autorisés en début de scolarité.

La capacité d'accueil agréée en formation initiale est atteinte dans tous les instituts de la région. Toutefois, on note quelques difficultés dans le nord de la région résolues par la péréquation qui s'effectue entre instituts par le jeu des listes complémentaires d'admission.

L'insuffisance des financements au titre de la promotion professionnelle et la faible reconnaissance salariale limitent le nombre de candidats aux concours de spécialisation d'infirmiers anesthésiste et de bloc opératoire, ce qui explique la faiblesse des effectifs entrant en formation.

La moyenne d'âge relativement élevée des personnes en formation (25 ans mais jusqu'à 30 ans pour les aides-soignants) est révélatrice de la diversité des types de publics : jeunes sortant du système scolaire mais également salariés, demandeurs d'emplois ou personnes en reconversion

professionnelle. **Le secteur sanitaire, qui exprime des besoins importants de personnel, apparaît à cet égard comme l'un des régulateurs du marché du travail.**

En moyenne huit élèves sur dix sont originaires de la région Centre avec des pics allant jusqu'à 93 % pour les aides-soignants. Ce chiffre est moindre pour des formations à caractère interrégional (76 % pour les techniciens de laboratoire en analyses biomédicales, 63 % pour les manipulateurs d'électroradiologie médicale et 49 % pour les cadres de santé) ou pour des formations attirant des jeunes des régions limitrophes : ainsi 300 étudiants infirmiers sont originaires des Pays de la Loire, de Poitou-Charentes ou de Bretagne.

Compte tenu du caractère sélectif des formations, la plupart de celles-ci ne sont accessibles qu'avec un niveau minimum de diplôme. Toutefois, sur le niveau V d'aide-soignant, on constate un public d'origine très diversifiée tant par son niveau que par son profil : en 2005, si 60 % des élèves aides-soignants sont titulaires d'un BEP, seule la

moitié l'a obtenu dans la filière sanitaire et sociale et près de 54 % de l'effectif global est âgé de plus de 26 ans. Les titulaires du baccalauréat représentaient quant à eux 16 % de l'effectif des élèves aides-soignants.

Les étudiants infirmiers ayant intégré la formation en 2005 sont à 80 % titulaires d'un baccalauréat. Le bac le plus représenté est le bac sciences et technologies du sanitaire et du social (ex bac Sciences médico-sociales) avec 32 % des inscrits suivi du bac S (28,7 %), et du bac ES (17 %). On note toutefois la présence de 7,4 % d'élèves titulaires du bac L, qui selon les instituts, n'enregistrent pas de taux d'échec ou d'abandon supérieur aux autres bacheliers.

Quant à l'origine sociale des élèves et des étudiants, elle diffère selon le niveau des

formations : les enfants d'ouvriers représentent 36 % de l'effectif des formations de niveau V contre 22 % pour les formations de niveau III. A l'inverse, celles-ci accueillent en moyenne 22 % d'élèves dont le chef de famille est cadre contre 9 % dont le chef de famille est ouvrier.

Les 26 écoles et instituts de la région offrent 44 formations réparties de façon à peu près homogène sur l'ensemble du territoire pour ce qui est des deux formations aux effectifs les plus importants : aide-soignant et infirmier. L'offre de formation plus spécialisée se répartit entre Orléans et Tours davantage dotées en équipements hospitaliers (cf. annexes 3 à 5).

1.1.2 Un accroissement important du nombre de diplômés

Evolution du nombre de diplômés issus des formations médicale (sage-femme) et paramédicales entrant dans le cadre du schéma régional des formations en région Centre entre 1999 et 2006

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Sage-femme	17	17	18	18	19	14	23	20
Masseur-kinésithérapeute	26	26	29	27	22	27	30	24
Infirmier	588	561	576	638	712	785	865	883
Manipulateur d'électroradiologie médicale	25	33	38	38	38	37	37	43
Technicien de laboratoire en analyses biomédicales	28	31	29	27	25	28	25	21
Orthophoniste	31	30	29	29	27	30	29	33
Orthoptiste	3	3	3	3	3	3	3	3
Opticien lunetier	-	-	-	-	-	9	11	12
Aide-soignant	566	540	557	520	782	868	894	1192*
Auxiliaire de puériculture	20	20	20	23	28	27	62	89*
Ambulancier	-	-	60	123	164	135	146	134
Préparateur en pharmacie hospitalière	-	-	-	-	-	20	20	20
Formations initiales	1304	1261	1359	1446	1820	1983	2145	2474
Cadre de santé	38	38	32	44	47	51	56	54
Infirmier anesthésiste	16	15	15	15	14	13	15	14
Infirmier de bloc opératoire	13	25	25	25	0**	12	12	21
Puéricultrice	47	37	38	43	35	44	42	41
Formations de spécialisation	114	115	110	127	96	120	125	130
Ensemble	1418	1376	1469	1573	1916	2103	2270	2604

* augmentation importante compte tenu du report d'un certain nombre de sorties de scolarité de 2005 en 2006 et du nombre de diplômes délivrés par équivalence ou par la VAE ;

** pas de diplômé en 2003, la formation étant passée à 18 mois contre 12 auparavant.

Source : DRASS Centre/Conseil régional du Centre/ enquêtes écoles de santé

Sous l'effet de l'augmentation des quotas ou des capacités d'accueil, notamment pour les formations d'aide-soignant et d'infirmier, le nombre annuel de diplômés a augmenté de 83,6 % entre 1999 et 2005 passant de 1 418 à 2 604. Toutefois, le taux d'abandon des étudiants infirmiers reste important (de l'ordre de 20 à 30 % selon les promotions). Ce phénomène est national. Les raisons invoquées par les participants au groupe de travail du PRDF sont les suivantes :

- ⇒ mauvaise représentation à la base du métier ;
- ⇒ choix par défaut dans un secteur qui recrute ;
- ⇒ renoncement face aux difficultés d'exercice du métier ;
- ⇒ difficultés pour suivre la scolarité ;
- ⇒ demande d'équivalence pour exercer en tant qu'aide-soignant après avoir satisfait aux examens de la première année ;
- ⇒ difficultés financières ;
- ⇒ problèmes personnels, (familial, santé), ou déménagement.

Ces raisons sont à quantifier institut par institut mais elles posent d'ores et déjà les problèmes de l'orientation des élèves, de leur accompagnement pédagogique et personnel et de leur intégration dans les équipes soignantes.

En très grande majorité les professionnels formés en région Centre exercent sur son territoire. Le taux atteint 90 % pour les aides-soignants. Toutefois, les tensions qui s'exercent sur certains métiers (manipulateur d'électroradiologie médicale et masseur-kinésithérapeute notamment) et les surenchères qu'elles provoquent entre établissements entraînent une fuite hors région et une pression encore plus forte en région Centre.

Concernant les infirmiers, une étude nationale menée en 2005 par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé a montré que 37 % des infirmiers exerçant en région Centre avaient obtenu leur diplôme en dehors de son territoire (dont 17 % en région Ile de France) alors que 29 % des étudiants ayant obtenu leur diplôme en région Centre l'avaient quittée pour exercer ailleurs, d'où un solde positif légèrement favorable à la région Centre.

1.1.3 La nécessité d'une offre de formation attractive et évolutive

Si beaucoup de personnes sont attirées par les métiers du secteur sanitaire, beaucoup en ignorent les conditions réelles d'exercice. C'est pourquoi, la qualité de l'offre de formation est l'une des conditions pour maintenir durablement les candidats dans leur choix d'orientation ou de reconversion professionnelle. Cette qualité passe par :

⇒ L'organisation des stages : indispensables à la validation des formations, les stages sont également garants de la qualité des futurs professionnels. Augmenter l'offre de formation passe par la possibilité d'accès à des terrains de stage suffisants en nombre, satisfaisants en qualité (accueil et tutorat) et accessibles géographiquement pour être compatibles avec les contraintes personnelles des étudiants.

⇒ L'encadrement pédagogique des formations : il doit être suffisant pour satisfaire la qualité du suivi des étudiants et réactif pour faire face aux situations de plus en plus variées auxquelles il devra faire face (diversité des publics, rythmes d'apprentissage différents, modularisation et transversalité des formations, individualisation des parcours, utilisation des nouvelles technologies).

⇒ L'équipement des instituts : l'état des lieux en cours laisse présager des besoins importants tant sur le plan des locaux eux-mêmes que sur celui des équipements pédagogiques, à commencer par le matériel informatique. Des priorités devront être définies institut par institut et les investissements échelonnés dans le temps.

⇒ L'égalité d'accès aux formations : l'état des lieux a révélé des inégalités de traitement entre formations quant aux frais demandés aux élèves ou aux indemnités qui leur sont consenties dans le cadre des stages. Face aux besoins importants à satisfaire dans tous les métiers, l'égalité d'accès aux formations suppose un traitement égal pour toutes les formations.

L'évolution de l'offre de formation sera également fonction d'un paramètre essentiel : l'intégration des études médicales et paramédicales dans le système universitaire LMD, (licence master doctorat). Cette intégration se traduirait par une première année d'enseignement en partie commune pour certaines formations, la possibilité de passerelles vers d'autres filières universitaires en cours de cursus (notamment après l'obtention de la licence) et l'obtention d'un master professionnel des sciences de la santé à l'issue des cinq premières années d'études.

Les instituts seront donc impliqués dans la construction de ces parcours en lien avec leur université de rattachement. Une expérimentation va débuter au sein de l'Université d'Orléans par la mise en place d'une licence de sciences et techniques médico-sociales destinée aux étudiants infirmiers. Elle permettra à ces derniers sur la base du volontariat d'acquérir des compléments de formation qui leur permettront de valider le niveau de la licence puis de poursuivre éventuellement vers un master scientifique. Un autre projet est en cours d'étude en lien

avec l'institut de formation des masseurs-kinésithérapeutes d'Orléans.

Néanmoins, l'intégration durable des formations paramédicales au sein de l'université ne saurait être effective sans qu'aient été étudiées auparavant les conditions et modalités de leur reconnaissance tant par l'enseignement supérieur que par les employeurs eux-mêmes.

En effet, actuellement aucun des diplômes paramédicaux de niveau bac + 3 (et notamment celle d'infirmier) n'est reconnu au niveau licence. Même le diplôme de sage-femme, qui exige au total cinq années d'études, n'est reconnu qu'au niveau III.

1.2 Dans le social

La capacité d'accueil en première année sur les formations sociales (validées par les Ministères du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité et de l'Education nationale) est actuellement de 1 964 places. Elle est susceptible d'évoluer lorsque toutes les déclarations préalables auront été instruites par les services de la DRASS.

**Les capacités d'accueil pour les entrants en formation sociale en région Centre
toutes voies d'accès confondues (estimation août 2007).**

Formations	Capacité d'accueil	Ouverture du droit à la bourse au titre de la décentralisation
Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale (CAFDESIS)	24 (déclaration préalable en cours)	non
Diplôme d'Etat d'ingénierie sociale (DEIS)	15 (déclaration préalable en cours)	non
Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale, (CAFERUIS)	55 (déclaration préalable en cours)	non
Assistant de service social	100	oui
Educateur spécialisé	300 (déclarations préalables en cours)	oui
Educateur technique spécialisé	50	oui
Educateur de jeunes enfants	60	oui
Conseiller en économie sociale et familiale	58 (déclarations préalables en cours)	non
Médiateur familial	15 (déclaration préalable en cours)	non
Moniteur éducateur	230 (déclarations préalables en cours)	oui
Technicien de l'intervention sociale et familiale	30	oui
Auxiliaire de vie sociale	240 (déclarations préalables en cours)	non
Aide médico-psychologique	250	non
Assistant familial	537	non
TOTAL	1 964	

La capacité d'accueil en formation initiale qui a été décentralisée financièrement au terme de la loi de 2004 représente 450 places en

1^{ère} année. Elle se répartit entre trois centres de formation selon le tableau ci-dessous :

Capacité d'accueil pour les entrants en formation sociale initiale dans les trois écoles de la région Centre (financement Région)

Formations	ERTS	ERFSS	ITS	Total
Assistant de service social	20	60		80
Educateur spécialisé	70		105	175
Educateur technique spécialisé	20		20	40
Educateur de jeunes enfants			40	40
Moniteur éducateur	30		67	97
Technicien de l'intervention sociale et familiale		18		18
Total	140	78	232	450

C'est sur cette base qu'a été calculé le transfert financier de l'Etat. La période transitoire actuelle a amené le Conseil régional à reconduire ces capacités d'accueil précédentes pour les années 2006/2007 et 2007/2008.

1.2.1 Des effectifs en forte augmentation et essentiellement originaires de la région Centre

.....
 Toutes années confondues, les effectifs inscrits dans les formations entrant dans le champ du schéma régional des formations a progressé de 63,5 % entre 1999 et 2005 passant ainsi de à 1 196 à 1 955 étudiants, soit une progression identique à celle constatée sur le plan national.

**Evolution des effectifs inscrits dans les formations sociales
en région Centre entre 1999 et 2005
(toutes années confondues)**

Formations	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale (CAFDEISIS)	-	-	34	39	34	23	31
Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale (CAFERUIS)	-	-	-	-	-	-	35
Diplôme supérieur en travail social (remplacé en 2006 par le Diplôme d'ingénierie sociale)	41	45	43	39	41	19	26
Educateur de jeunes enfants	114	122	122	125	119	130	125
Assistant de service social	167	175	189	213	243	249	245
Educateur spécialisé	439	469	460	550	598	630	643
Educateur technique spécialisé	27	56	62	79	82	74	64
Conseiller en économie sociale et familiale	17	17	18	17	34	35	55
Technicien de l'intervention sociale et familiale	-	-	-	14	25	24	29
Moniteur éducateur	183	193	183	228	256	280	274
Auxiliaire de vie sociale (CAFAD jusqu'en 2003)	51	54	29	51	69	130	136
Aide médico-psychologique	157	192	230	282	341	340	292
TOTAL	1 196	1 323	1 370	1 637	1 842	1 934	1 955

Source : DREES/DRASS/enquête auprès des écoles

A l'exception des formations de niveau supérieur, l'augmentation des effectifs, rendue possible par l'augmentation des capacités d'accueil et la diversité des modes de financement, touche toutes les formations.

La féminisation des élèves reste importante : 80 % en moyenne avec des taux frôlant les 100 % pour les formations de conseiller en économie sociale et familiale et d'assistant de service social.

Effectif des diplômés en formation sociale en 2005 en région Centre

	Nombre de diplômés	Taux de réussite
Niveau I		
Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale (CAFDESIS)	6	86 %
Niveau II		
Diplôme supérieur du travail social (DSTS)	12	86 %
Niveau III		
Educateur de jeunes enfants (EJE)	37	97 %
Assistant de service social (ASS)	84	99 %
Educateur spécialisé (ES)	180	94 %
Educateur technique spécialisé (ETS)	25	93 %
Conseiller en économie sociale et familiale (CESF)	42	74 %
Niveau IV		
Technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF)	6	75 %
Moniteur éducateur (ME)	127	95 %
Niveau V		
Aide médico-psychologique (AMP)	164	98 %
Auxiliaire de vie sociale (AVS)	87	76 %
Auxiliaire de vie sociale par la VAE	201	
Total	1 043	

Source : DRASS Centre /Laboratoire d'études et de recherche sur les formations en action sociale : bilan du schéma régional des formations sociales 2001/2005

Le taux de diplômés par rapport aux entrants est très bon puisqu'en moyenne neuf apprenants sur dix obtiennent leur diplôme à l'issue de leur formation. Le tableau ci-dessus montre notamment la montée en puissance des validations du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale par la VAE.

Toutefois, la réforme de tous les diplômes du travail social a notamment pour conséquence la non compensation des notes pour obtenir le diplôme. Désormais, chaque candidat doit valider chacun des domaines de compétences constitutifs du diplôme en obtenant la note minimale de 10. Le taux de diplômés pourrait

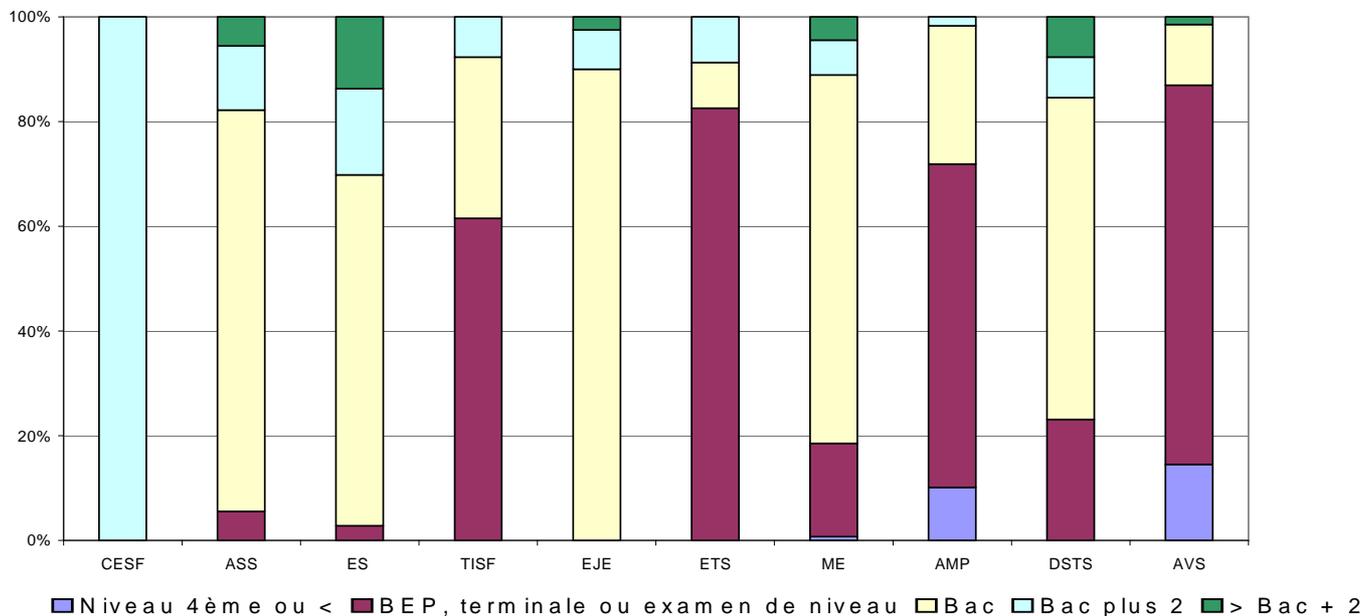
donc être amené à chuter pour se situer entre 50 à 80 % selon les certifications.

L'accès aux formations dépend de la maîtrise de pré-requis correspondant le plus souvent à un niveau de connaissances reconnu par un diplôme de l'enseignement général ou professionnel. Toutefois, comme le montre le tableau ci-contre, certaines formations (auxiliaire de vie sociale, aide médicopsychologique, éducateur technique spécialisé, technicien de l'intervention sociale et familiale) restent accessibles avec un niveau de terminale ou après un examen de niveau. Cela peut faciliter l'accueil de candidats sur

ces formations qui débouchent par ailleurs sur

des métiers où les besoins sont importants.

Niveau d'études des entrants en formation sociale en région Centre (année 2003)



Source : DRASS- enquêtes établissements de formation aux professions sociales

Si les élèves sont en très grande majorité originaires de la région Centre, une nuance s'impose pour trois formations (assistant de service social, éducateur spécialisé et moniteur éducateur) pour lesquelles les écoles de Tours attirent entre 30 et 40 % de jeunes originaires des régions limitrophes (dont la région des Pays de la Loire).

1.2.2 Vers une territorialisation de l'offre de formation

Le schéma régional des formations sociales 2001/2005 conduit par l'Etat mettait l'accent sur la dimension territoriale de l'offre de formation selon la logique suivante : localiser les formations de niveau supérieur à proximité de pôles de compétences déjà existants (liés notamment à la présence de formations d'enseignement supérieur), répartir entre Tours et Orléans les formations de niveau III et IV permettant une diffusion vers le nord et le sud de la région et répondre à des besoins de proximité (liés notamment à l'évolution du marché du travail) par des

formations de niveaux V sur les bassins d'emploi.

Cette logique s'est concrétisée sur les 3 niveaux :

⇒ pour les formations de niveau I et II : développement de partenariats avec l'Université François Rabelais de Tours (pour le DSTS), l'ESCEM de Tours / Poitiers et l'IAE de l'Université de Tours (pour le CAFDESIS), coopération entre l'ERFSS et l'ITS de Tours (pour le CAFERUIS) ;

⇒ pour les formations de niveau III et IV : nouvelle formation d'assistant de service social à Olivet, de technicien de l'intervention sociale et familiale à Tours, délocalisations depuis Tours et Orléans de formations par apprentissage de moniteur éducateur et d'éducateur spécialisé à Chartres, ouverture de deux formations de conseiller en économie sociale et familiale à Blois et Chartres ;

⇒ Pour les formations de niveau V : mise en place du diplôme d'Etat d'auxiliaire

de vie sociale sur Chartres, Blois, Vierzon, Romorantin, Châteauroux, du diplôme d'Etat d'aide médicopsychologique sur Châteauroux, Chartres, Bourges, Sainte Geneviève des Bois (45).

1.2.3 Une diversification des sources de financement liées aux statuts des personnes

Le paysage de l'offre de formation dans le secteur social est rendu complexe du fait de la diversité des sources de financement liées aux statuts des personnes. Ainsi, on distingue :

- ⇒ les formations accessibles par concours où prédomine le statut d'élève ou d'étudiant (comme assistant de service social); elles sont identifiées par l'Etat comme étant des formations initiales et ont fait l'objet du transfert financier dans le cadre de la décentralisation ; elles concernent en moyenne les deux tiers des effectifs ;
- ⇒ les formations où prédomine le statut de salarié (notamment aide médicopsychologique, éducateur technique spécialisé); la formation est prise en charge par l'employeur ;
- ⇒ les formations où prédomine le statut de demandeur d'emploi avant l'entrée en formation (notamment auxiliaire de vie sociale) ; la formation est prise en charge par le Conseil régional ou l'ASSEDIC ;
- ⇒ les formations qui croisent plusieurs statuts (notamment éducateur spécialisé, moniteur éducateur).

Si les dépenses consacrées par l'Etat aux formations sociales initiales ont progressé de 25 % entre 2001 et 2004, celles-ci ne représentaient plus à cette même date que 40 % des dépenses totales des centres de formation contre 46 % en 2001. Les sources de financement se sont donc diversifiées par le développement des formations en cours d'emploi, celui de l'apprentissage (financé par la branche professionnelle du secteur privé non lucratif) et celui des formations accessibles aux demandeurs d'emploi financées en grande partie par le Conseil régional.

La branche professionnelle du secteur social et médico-social privé non lucratif (via son organisme paritaire collecteur agréé UNIFAF) ainsi que les établissements (sur leur propre plan de financement) contribuent également à cet effort de financement pour participer, d'une part à la résorption des faisant fonction, et, d'autre part, faire face à la pénurie de personnel d'encadrement et de direction. Il convient enfin de mentionner l'offre de formation du Centre national de la fonction publique territoriale qui accueille chaque année entre 900 et 1 000 agents territoriaux pour des stages essentiellement tournés vers l'accueil des enfants et des adolescents et vers les politiques et projets d'animation.

1.2.4 Des enjeux majeurs pour l'avenir

La montée en puissance de la VAE

A terme, tous les diplômés de la filière sociale seront accessibles par la validation des acquis de l'expérience. Cette voie d'accès est déjà importante pour le diplôme d'auxiliaire de vie sociale : de 2003 à 2006 inclus, 597 validations totales ont été délivrées et 1 238 validations partielles. En 2005/2006, le diplôme d'éducateur spécialisé a fait l'objet de 5 validations totales et de 8 validations partielles et le CAFERUIS d'une validation totale et de six validations partielles. En 2006, sur 25 candidats, le diplôme d'assistant de service social a fait l'objet de 5 validations totales et de 17 validations partielles.

Pour rendre opérationnelle la validation des acquis de l'expérience, les référentiels de formation sont peu à peu réorganisés en modules communs à toutes les voies d'accès. Les centres de formation vont donc devoir relever un double défi : celui de l'organisation modulaire des formations pour répondre aux besoins exprimés et celui de l'intégration de publics de plus en plus diversifiés.

Sur le plan de la validation, se posent les problèmes de la mobilisation des jurys, de leur formation et de leur dédommagement financier et celui du suivi des parcours des candidats après leur passage devant le jury (poursuite ou non du parcours de validation en cas de non validation totale du diplôme).

Le décroisement du travail social et l'identification des métiers

La réforme des diplômes prend en compte d'une part, l'identification des métiers par la création de référentiels professionnels et d'autre part, le décroisement des pratiques du travail social par la refonte des référentiels de formation et la mise en place de passerelles entre les contenus de formation d'un diplôme à l'autre sous forme d'allègements ou de dispenses de modules (cf annexe 8). La mise en place de parcours de formation transversaux est un autre objectif des centres de formation pour participer à ce décroisement en proposant et en intégrant ces passerelles et ces allègements dans leur offre de formation.

La qualité de l'alternance

Les formations en travail social sont historiquement et culturellement centrées sur l'alternance. Les orientations du schéma régional des formations sociales 2001/2005 visaient à renforcer cette pratique pédagogique tout en répondant à une pénurie de stages face à l'augmentation des capacités d'accueil en formation. Ces orientations ont débouché sur la rédaction et la mise en place d'une charte de l'alternance pour l'ensemble des formations du travail social.

Pour la formation d'assistant de service social, la mise en place d'un groupe de travail réunissant les représentants de la DRASS, des établissements de formation et des principaux employeurs (Conseils généraux, rectorat, caisse régionale d'assurance maladie) a permis de réguler et de coordonner l'offre et la demande de stages et d'impliquer davantage les établissements d'accueil dans la construction et la reconnaissance de l'alternance. Le développement de la notion de site qualifiant pour toutes les formations du travail social confirme la pertinence de cette démarche.

La place de l'apprentissage

Même s'il reste peu développé en région Centre dans le secteur social (seulement 59 diplômés entre 2001 et 2005 pour les formations de moniteur éducateur et d'éducateur spécialisé) l'évaluation menée au niveau national par la branche professionnelle du secteur privé non lucratif démontre que l'apprentissage constitue une voie d'accès

intéressante à développer, et ce sous plusieurs aspects :

- ⇒ la formation de maîtres d'apprentissage ;
- ⇒ la réponse aux besoins de professionnels ;
- ⇒ la fidélisation des personnels.

Par un mode d'accès moins sélectif, l'apprentissage permet également à un plus large public de se positionner sur les métiers du secteur social.

Les orientations du schéma national des formations sociales 2007/2009

Elles retiennent les priorités suivantes :

- ⇒ favoriser l'accès aux formations et renforcer leur qualité ;
- ⇒ développer la voie de l'apprentissage ;
- ⇒ suivre et évaluer la mise en œuvre de la validation des acquis de l'expérience ;
- ⇒ mettre en œuvre la transversalité des formations ;
- ⇒ encourager la collaboration et la mutualisation des ressources entre centres de formation ;
- ⇒ poursuivre les efforts entrepris pour la qualité de l'alternance ;
- ⇒ l'intégration du cadre européen des certifications afin de favoriser la mobilité des étudiants.

2. Les autres formations proposées dans le secteur sanitaire et social

2.1 Les formations par voie scolaire

Celles-ci concernent les diplômes proposés par les Ministères de l'Education nationale et de l'Agriculture et de la Pêche. En région Centre sont concernés :

Pour le Ministère de l'Education nationale :

- ⇒ **Niveau V** : le BEP carrières sanitaires et sociales avec la Mention complémentaire aide à domicile, le CAP assistant technique en milieux familial et collectif, le CAP Petite enfance ;
- ⇒ **Niveau IV** : le Bac Sciences et Technologies du sanitaire et du social, (ex bac Sciences médico-sociales), le Bac professionnel Services de proximité et vie Locale.

Pour le Ministère de l'Agriculture et de la Pêche :

- ⇒ **Niveau V** : le BEPA services aux personnes ;
- ⇒ **Niveau IV** : le Bac professionnel Services en milieu rural.

Pour l'année scolaire 2006/2007, ce sont 2 607 jeunes qui sont entrés dans ces formations. Ils se sont répartis par département selon le tableau ci-dessous.

Offre de formation sanitaire et sociale des Ministères de l'Education nationale et de l'Agriculture et de la Pêche en région Centre sur les niveaux V et IV (année scolaire 2006/2007)

Niveau V	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	total
Offre Education nationale	149	100	95	228	139	247	958
Offre Agriculture	80	160	24	128	56	77	525
Sous total 1	229	260	119	356	195	324	1 483
Niveau IV							
Offre Education nationale	72	153	90	130	132	252	829
Offre Agriculture	56	88	34	69	24	24	295
Sous total 2	128	241	124	199	156	276	1 124
Total	357	501	243	555	351	600	2 607

Source :DPFE/DGFE/Conseil régional du Centre

Cette offre joue un rôle important dans l'orientation des jeunes vers les carrières du secteur sanitaire et social qui suscite une très forte demande par rapport à l'offre potentielle (une offre pour cinq demandes).

Même si ces formations restent généralistes, leur implantation et leur articulation avec les formations professionnelles proposées dans les territoires (notamment aide-soignant, infirmier mais aussi aide médico-psychologique, auxiliaire de vie sociale) doivent faire l'objet d'un examen et d'un suivi très attentifs pour éviter les ruptures ou les blocages dans les parcours de formation des jeunes concernés.

Cela passe par la construction progressive d'une carte des formations permettant la continuité des filières et une réponse appropriée aux besoins identifiés, carte coordonnée par la Région compte tenu de l'extension de son champ de compétence sur

le champ des formations sanitaires et sociales.

A noter : l'ouverture à titre expérimental de deux sections d'apprentissage dans le Loiret et l'Indre-et-Loire pour le CAP Petite enfance. L'évaluation de ces actions devra guider leur reconduction et leur essaimage éventuels.

2.2 Les actions financées par le Conseil régional au titre du programme régional de formation (PRF) et le dispositif de l'Association nationale pour la Formation Professionnelle des Adultes (AFPA) .

Les actions du PRF sont destinées aux demandeurs d'emploi. Elles sont financées par le Conseil régional au titre de son programme régional de formation à l'issue d'un appel d'offre annuel.

Pour le lot actions de qualification du programme régional, sont concernées les formations suivantes : le DEAVS, le titre employé(e) familial(e) polyvalent(e) et ses deux certificats de qualification professionnelle (CQP garde d'enfants au domicile et CQP assistant(e) de vie), le titre professionnel assistant(e) de vie aux familles et le Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (spécialité animation sociale), soit au total 26 actions sur l'année 2007 (cf annexe 6).

Pour le lot actions d'insertion du programme régional, sont concernées les actions de préparation et de sensibilisation aux métiers et les actions de préparation aux concours du secteur sanitaire et social, soit au total 22 actions sur l'année 2007.

Ces deux lots représentent une capacité d'accueil de 738 stagiaires. Concernant la

programmation des actions préparatoires aux concours ainsi que les dispositifs de ce type mis en place par l'Education Nationale ou la DRAF, le calendrier de leur programmation devra s'harmoniser avec les dates retenues pour le passage des épreuves afin d'assurer la continuité des parcours.

Il convient d'ajouter à cette offre le dispositif propre de l'AFPA à travers le titre professionnel assistant(e) de vie aux familles qui représente en région Centre une capacité d'accueil de 94 places par an. Le financement de ce dispositif est désormais assuré par la Région dans le cadre du transfert de compétences opéré au titre de la loi du 13 août 2004 et effectif en région Centre depuis le 1^{er} janvier 2006.

Offre de formation sanitaire et sociale en région Centre au titre du PRF et de l'AFPA (année 2007).

	Cher	Eure-et-Loir	Indre	Indre-et-Loire	Loir-et-Cher	Loiret	Total
Offre PRF							
Actions qualifiantes	84	83	26	58	57	85	393
Actions d'insertion	30	63	25	58	78	91	345
Sous total	114	146	51	116	135	176	738
Offre AFPA	28	28	12	14	12	-	94
Total général	142	174	63	130	147	176	832

Source : DPFE/DGFE Conseil régional du Centre/AFPA

L'ensemble de l'offre proposée par le programme régional de formation et l'AFPA constitue une réponse de proximité aux besoins identifiés dans les territoires tout en permettant à des demandeurs d'emploi d'accéder à un premier niveau de sensibilisation ou de qualification dans les métiers du secteur sanitaire et social.

Elle est donc un élément important de la territorialisation de l'offre de formation dans

ce secteur d'autant plus que la réactivité de sa programmation permet des réponses adaptées et conjoncturelles. Toutefois, les difficultés matérielles auxquelles se heurtent parfois les demandeurs d'emploi pour accéder aux formations plaident pour un rapprochement supplémentaire de l'offre, que celle-ci passe par une délocalisation de certaines formations ou par des modalités pédagogiques appropriées (comme la formation ouverte à distance par exemple).

Troisième partie : Les déterminants des besoins de formation

Les besoins de formation dépendent du renouvellement prévisible des professionnels, de la création de nouveaux postes générée par les politiques publiques mais aussi de l'évolution même des métiers.

I - L'évolution des métiers

1. Le travail en réseau

La prise en charge globale et progressive des personnes signifie pour les professionnels du secteur sanitaire et social le développement de compétences autour de la conduite de projets partenariaux et de leur évaluation. L'expertise « métier » centrée sur les publics s'inscrit désormais dans une approche plus globale qui suppose une bonne connaissance de l'environnement politico-institutionnel, une capacité à travailler en réseau et à gérer et coordonner des activités et ceux qui les exercent.

Ces compétences sont désormais prises en compte dans les référentiels professionnels et de formation au fur et à mesure de leurs réformes. De son côté, la branche professionnelle sociale et médico-sociale du secteur privé non lucratif se penche sur les formations d'adaptation nécessaires pour le personnel déjà en place à travers une étude qualitative menée actuellement auprès d'un échantillon de ses adhérents.

2. Le transfert de compétences

Une série d'expérimentations a été lancée au niveau national suite au rapport Berland réalisé en 2003 dans le cadre de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé. Ces expérimentations concernent des transferts de compétences ou des délégations de tâches des médecins vers les infirmiers, des ophtalmologistes vers les orthoptistes et des radiologues vers les manipulateurs d'électroradiologie médicale. S'ils venaient à dépasser le simple stade de l'expérimentation, ces transferts et délégations permettraient de repenser l'organisation des prises en charge des usagers et modifieraient le positionnement des professionnels dans l'éventail de l'offre de

soin. De nouveaux besoins en formation seraient dès lors indispensables, aussi bien en formation initiale que continue.

3. L'évolution des technologies

Elle touche plus particulièrement le secteur sanitaire et progresse de plus en plus rapidement. Elle concerne non seulement les équipements de soin proprement dits (par exemple le traitement et l'archivage des images médicales) mais aussi le suivi du dossier médical du patient, celui-ci entraînant désormais une gestion de systèmes d'information de plus en plus complexe.

L'appareil de formation ne saurait à terme rester à l'écart de ces évolutions. Former de bons professionnels nécessitera des matériels et des formations adaptés.

4. Des fonctions nouvelles

Comme on pourra le constater dans l'annexe consacrée à l'approche par métier, de nouvelles fonctions sont appelées à se développer dans les établissements. Elles trouvent le plus souvent leur origine dans les nombreuses réformes qui touchent le secteur sanitaire et social. Celles-ci ont un impact tant sur l'organisation des services que sur la formation des personnels.

Les domaines concernés plus particulièrement sont :

- ⇒ l'évaluation (mise en place de démarches qualité);
- ⇒ la gestion financière (mise en place de la tarification à l'activité) ;
- ⇒ l'environnement juridique et réglementaire (reconnaissance des droits des usagers, impact de la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance sur le positionnement des travailleurs sociaux) ;
- ⇒ la gouvernance et le management.

II – Le renouvellement des personnels

C'est une donnée essentielle pour anticiper les besoins de formation. Ce paramètre suppose que l'on connaisse par profession :

- ⇒ la pyramide des âges ;
- ⇒ l'âge moyen de départ à la retraite;
- ⇒ le taux de rotation et de mobilité.

Ces données ne sont actuellement connues que partiellement. Sur un plan national, l'étude menée en 2003 par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du Ministère de la Santé a estimé que 56 % du personnel de la fonction publique hospitalière prendrait sa retraite entre 1999 et 2015 avec des pics en 2011 et 2012. Pour les infirmiers, ce taux est de 54 %. Même si les besoins restent très importants en région Centre pour cette profession, ne serait-ce que pour rattraper le retard sur la densité moyenne nationale, l'augmentation du quota régional (de 710 en 1999 à 1 030 en 2000 puis 1137 en 2003) contribue aujourd'hui à « lisser » l'effet des départs en retraite en région Centre.

Les concertations menées dans le cadre du groupe de travail du PRDF ont permis de mettre en évidence des situations préoccupantes dans le secteur social (directeurs d'établissements et cadres intermédiaires), dans le secteur de la santé (infirmiers en psychiatrie, infirmiers spécialisés, cadres de santé, masseurs-kinésithérapeutes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, orthophonistes) et dans le secteur de l'aide à domicile (personnel d'intervention, responsables de secteur). Enfin, pour faire face aux besoins, notamment dans les établissements pour personnes âgées, de nombreux postes supplémentaires d'aides-soignants et d'aides médico-psychologiques sont encore à créer en complément de ceux déjà financés dans le cadre des conventions tripartites.

L'Observatoire régional de la démographie des professions de santé, placé sous l'autorité du Préfet de région, contribue pour sa part à une meilleure connaissance des professionnels de la santé par les études et analyses qu'il réalise. Deux études sont actuellement menées par l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) afin

d'identifier les zones de la région les plus menacées par la sous densité en infirmiers et en masseurs-kinésithérapeutes.

Des travaux complémentaires sont nécessaires pour étendre et améliorer cette connaissance par profession, notamment par la mutualisation, l'organisation et le traitement au niveau régional des diverses sources statistiques existantes.

III - L'évolution des politiques publiques

Les politiques conduites par l'Etat et ses opérateurs (Agence régionale de l'hospitalisation, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie), les collectivités territoriales, notamment les Conseils généraux, ainsi que par les caisses de sécurité sociale et les organismes d'assurance contribuent à la création de nouveaux emplois et génèrent donc des besoins de formation. Ces besoins peuvent être couverts par la formation initiale (augmentation des quotas ou des capacités d'accueil des écoles et des instituts) ou par la formation continue des salariés, qui peuvent ainsi se voir proposer des promotions professionnelles, et la mise en place de la VAE.

Dans le secteur social et médico-social, les actions menées ont le plus souvent une entrée par public : petite enfance, personnes âgées, handicapées, publics en difficulté.

Ainsi, sur le plan national, le plan petite enfance, adopté en novembre 2006, prévoit-il la création de 60 000 places de crèches supplémentaires d'ici à 2012. Le plan solidarité grand âge adopté pour cinq ans en juin 2006, vise l'objectif de 15 000 places d'hospitalisation à domicile d'ici à 2010, les créations annuelles de 6 000 places de services de soins infirmiers à domicile et de 5 000 places supplémentaires en maisons de retraite médicalisées. Le problème du financement des postes nécessaires à ces augmentations de capacité reste cependant posé.

Concernant l'offre de soins et de services, l'Etat et les Conseils généraux adoptent dans leurs champs de compétences respectifs des documents fixant les grandes orientations de leurs politiques. Même s'ils ne contiennent pas tous un volet « ressources humaines », ils

doivent être pris en compte et alimenter la concertation en vue d'anticiper l'adaptation des formations qui seraient nécessaires.

Pour l'Etat, il s'agit essentiellement du SROS et du PRIAC.

Le Schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) de la région Centre a été arrêté par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation le 13 mars 2006. Il couvre la période 2006/2011 et organise l'offre de soins à partir des besoins prioritaires recensés dans la région, notamment en cancérologie, équipements chirurgicaux et soins de suite. Il se déclinera par des projets médicaux de territoire et des projets d'établissements.

Le Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) a été conduit sous l'autorité du Préfet de région. Il couvre la période 2006/2008 et vient d'être révisé pour la période 2007/2011. Il recense les besoins et les perspectives de prises en charge supplémentaires (en établissement et au domicile) pour les publics handicapés (jeunes et adultes) et les personnes âgées dépendantes. Il couvre les établissements et services financés par l'assurance maladie seule ou cofinancés par cette dernière et les Conseils généraux. Le PRIAC comprend un volet ressources humaines sous forme d'un chiffrage estimatif des besoins en personnel (renouvellement et création) à la fois dans le secteur social et sanitaire.

Estimation des besoins en personnel en région Centre sur 2006/2008 dans le cadre du PRIAC

	Renouvellement annuel sur 3 ans	Création de postes annuelle sur 3 ans	Total
Filière sociale			
Directeur	30	13	43
Cadre	26	10	36
Educateur spécialisé	120	31	151
Educateur technique spécialisé	26	3	29
Moniteur éducateur	49	11	60
Aide médico-psychologique	33	146	179
Filière sanitaire			
Cadre	24	8	32
Infirmier	130	80	210
Aide-soignant	150	300	450
Total	588	602	1 190

A noter :

- ⇒ L'actualisation du PRIAC pour la période 2007/2011 confirme cette estimation.
- ⇒ Les chiffres mentionnés dans ce tableau pour les aides-soignants et les infirmiers correspondent à des hypothèses basses ; des hypothèses hautes fondées sur un ratio d'encadrement supérieur pour les aides-soignants, (un aide-soignant pour dix usagers dans les établissements pour personnes âgées dépendantes), et un rattrapage de la densité des infirmiers libéraux par rapport au niveau national conduiraient à la création de 800 postes par an pour les aides-soignants et à 170 pour les infirmiers.

De leur côté, les Conseils généraux se dotent de schémas départementaux couvrant les champs de la protection de l'enfance, de l'adolescence et de la famille, ainsi que ceux des personnes âgées et des publics handicapés. Ils définissent les options retenues pour assurer des prises en charge adaptées et diversifiées, accompagner les publics et leurs familles, moderniser les équipements et développer les services à domicile. Il conviendra donc de veiller aux côtés des Conseils généraux à l'impact de ces schémas sur l'évolution des emplois et des formations nécessaires dans les établissements et services concernés.

IV - L'approche métier

En considérant les éléments ci-dessus, les membres du groupe de travail du PRDF ont tenté une approche par métier afin de dégager des axes d'évolution d'un point de vue qualitatif et quantitatif. Ces apports ont nourri les fiches métiers (cf. annexe 7) et ont permis d'asseoir certaines propositions contenues dans les fiches action du schéma.

Les sources statistiques qui ont été utilisées émanent de la Direction Régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), de l'Observatoire régional de la formation et de l'emploi (ORFE), du Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT), de l'Union régionale interfédérale des organismes

privés sanitaires et sociaux (URIOPSS), de la Fédération des particuliers employeurs (FEPEM) et du cabinet GESTE qui a mené les études préparatoires aux travaux du groupe de travail du PRDF.

Les besoins estimés en terme de personnel à former sont indicatifs et évolutifs. Lorsque cela a été possible, ils se fondent sur les projections rendues possibles par l'outil statistique disponible, les besoins exprimés par le PRIAC et ceux qu'ont pu faire remonter les Conseils généraux. Dans le cas contraire, seules des tendances ont été indiquées.

Les données qualitatives des fiches métiers se fondent également sur le répertoire national des métiers de la fonction publique hospitalière.

Quatrième partie : Les orientations et actions du schéma régional des formations sanitaires et sociales 2008/2013

Face aux défis qu'il doit relever et à l'évolution des besoins de la population, le secteur sanitaire et social aura de plus en plus besoin de personnel formé et qualifié. Pour atteindre cet objectif, les réponses à construire vont au-delà de la simple définition pour chaque diplôme du flux des apprenants. Elles doivent intégrer d'autres paramètres qui participent également de la qualité des services rendus à la population sur le champ très vaste du sanitaire et du social. L'état des lieux opéré jusqu'ici et les enjeux qu'il soulève font ressortir cinq problématiques essentielles :

- ⇒ l'accès aux formations diplômantes et la connaissance des métiers ;
- ⇒ la formation des professionnels déjà en place ;
- ⇒ les réponses à construire pour répondre aux besoins de personnel des territoires et des établissements ;
- ⇒ la qualité des formations proposées ;
- ⇒ La connaissance des profils des professionnels de la santé et du travail social.

Aussi, le schéma régional des formations sanitaires et sociales 2008/2013 de la Région Centre propose-t-il cinq orientations stratégiques autour de ces problématiques pour guider son action et celle de ses partenaires pour les années à venir. Les propositions d'actions qui en découlent ne sont bien sûr pas figées dans le temps et ont vocation à s'adapter aux évolutions qui ne manqueront pas d'affecter régulièrement le champ très mouvant du sanitaire et du social au cours des six prochaines années.

Orientation n° 1 :

Favoriser et développer l'accès aux formations et aux métiers sanitaires et sociaux

L'importance des besoins de professionnels dans le secteur sanitaire et social au cours des années à venir n'est plus à démontrer. Par ailleurs, l'évolution des métiers du secteur trouve un large écho dans la réforme actuelle des diplômes et de leurs voies d'accès. Celles-ci concernent désormais tous les publics : les jeunes mais aussi les personnes en recherche d'orientation ou de reconversion professionnelle, les demandeurs d'emploi ou les salariés mêmes du secteur sanitaire et social dans le cadre de leur évolution professionnelle. Or la lisibilité de l'offre de formation et le potentiel qu'elle représente tant par sa diversité que sa répartition territoriale méritent d'être davantage et mieux connus. De plus, un effort particulier doit être entrepris vers le public masculin dont l'effectif est de plus en plus déficitaire dans le secteur sanitaire et social.

Les actions proposées dans le cadre de cette orientation devront permettre de travailler sur la diversité des métiers accessibles et sur celle de leurs voies d'accès.

Par ailleurs, la qualité de la vie étudiante joue

un rôle de tout premier plan pour maintenir et renforcer l'attractivité du secteur sanitaire et social. Or le constat actuel révèle des inégalités d'accès et de traitement d'une formation à l'autre, ce qui peut générer pour certains jeunes de réelles difficultés financières susceptibles de les mener jusqu'à l'interruption de leurs études.

C'est pourquoi, à l'issue d'une concertation avec les écoles et instituts de formation et les représentants des élèves et étudiants, il s'agira de construire un cadre égalitaire et harmonisé d'accès aux formations prenant en compte les différents aspects de la vie étudiante : droits d'inscription, frais de scolarité, indemnités de déplacement et d'hébergement dans le cadre des stages, accès aux dispositifs mis en place par ailleurs par le Conseil régional à l'attention des lycéens et des étudiants.

L'enjeu affiché est également de faire de l'amélioration de la vie étudiante un atout pour faciliter le déroulement des stages dans les territoires actuellement moins prisés par les élèves et les étudiants et d'y encourager leur installation.

Fiche action n° 1 : Diversifier les actions préparatoires aux concours du secteur sanitaire et social

Contexte :

L'accès aux formations du secteur sanitaire et social se fait dans la plupart des cas par concours ou épreuves de sélection.

Les réformes entreprises notamment sur les filières de formation de niveau V (création de nouveaux diplômes, diversification des voies d'accès, passerelles entre les diplômes) permettent une plus grande variété de choix pour les jeunes ou les demandeurs d'emploi et ouvrent des possibilités de parcours professionnels diversifiés.

La Région finance déjà dans les territoires, au titre du plan régional de formation, des actions préparatoires aux métiers du secteur sanitaire et social (préparations aux concours d'entrée en formation d'aide soignant, d'auxiliaire de puériculture, sensibilisation aux métiers sanitaires et sociaux).

Certaines écoles et instituts de formation sanitaires financés dans le cadre de la décentralisation mettent en place des actions payantes de préparation aux concours.

L'offre de formation sanitaire et sociale généraliste proposée par les Ministères en charge de l'Éducation nationale et de l'Agriculture et de la Pêche est très importante dans la région (2 600 places annuelles en moyenne).

Objectifs :

- ⇒ Elargir les choix d'orientation possibles vers les filières de formation sanitaire et sociale.
- ⇒ Favoriser l'égalité d'accès aux formations sanitaires et sociales.
- ⇒ Contribuer à répondre aux besoins de nouveaux professionnels dans les territoires.

Contenu :

- ⇒ Étendre les actions préparatoires aux concours, qui sont financées dans le cadre

du plan régional de formation, à toutes les formations de niveau V et IV.

- ⇒ Envisager des modules de préparation aux concours dans les cursus scolaires notamment sous forme de propédeutiques aux formations sanitaires et sociales.
- ⇒ Envisager les conditions de la participation financière de la Région aux préparations aux concours proposées par les écoles et instituts du secteur sanitaire et social.

Modalités de mise en oeuvre :

- ⇒ Intégrer les évolutions attendues dans le cahier des charges de l'appel d'offres préalable au vote du programme régional de formation.
- ⇒ Développer le partenariat avec les services du Rectorat et la Direction Régionale de l'Agriculture et de la Forêt (DRAF) concernant l'offre potentielle de formation aux préparations de concours après s'être assuré de la pertinence des formations à mettre en place par territoire.
- ⇒ Mettre à plat avec les écoles et instituts du secteur sanitaire et social les actions payantes qu'elles proposent (modalités pédagogiques, typologies des publics, tarifs pratiqués...).

Durée et/ou calendrier :

la durée du schéma.

Partenariats pressentis :

- ⇒ Région
- ⇒ Etat (DRASS, DDASS, Rectorat, DRAF)
- ⇒ Etablissements de formation

Indicateurs d'évaluation :

- ⇒ Bilan de l'offre de formation au terme de l'exécution du schéma : nombre d'actions mises en place, nombre de personnes ayant intégré ces actions par formation et pourcentage de réussite tant pour la réussite aux concours que pour l'insertion professionnelle.

Fiche action n° 2 : Promouvoir les formations du secteur sanitaire et social et communiquer sur les emplois correspondants

Contexte :

Les conditions d'exercice des métiers du secteur sanitaire et social font souvent l'objet d'une perception erronée sur leurs conditions d'exercice (dévalorisée ou enjolivée) tant de la part du grand public que des professionnels de l'orientation.

L'image très féminine des métiers, voire « maternelle » dans certains cas, attire un flot croissant de femmes et de jeunes filles alors que ces métiers sont également accessibles au public masculin.

On manque de lisibilité sur les passerelles existant désormais entre les formations. Or, celles-ci sont autant d'atouts potentiels pour favoriser la mobilité professionnelle et contribuer ainsi à combattre l'usure professionnelle.

Les sources d'information et les modes de financements permettant d'accéder aux formations sanitaires et sociales sont multiples, mal connus (y compris parfois des employeurs eux-mêmes) et nécessitent des montages complémentaires.

Objectifs :

- ⇒ Professionnaliser les acteurs de l'information et de l'orientation sur la connaissance des diplômes et des métiers de la santé et du travail social.
- ⇒ Encourager les trajectoires professionnelles en informant notamment les salariés sur les passages possibles d'un métier à l'autre, la diversité des lieux d'exercice et les perspectives de carrière (soins, management, formation, recherche et développement...).
- ⇒ Donner une image fidèle des conditions d'exercice des métiers (contexte, activités, responsabilités, travail en équipe...).
- ⇒ Inciter les professionnels et les apprenants à s'impliquer dans les dispositifs d'information et d'orientation.

- ⇒ Informer tous les publics sur les financements mobilisables pour accéder aux formations.

Contenu et modalités de mise en œuvre :

- ⇒ Développer et actualiser une information attractive sur les métiers par l'utilisation tant des supports papier (fiches métiers, document DRONISEP) que des outils informatiques (site Etoile de la Région) ou téléphonique (projet de mise en place du numéro spécial sur le conseil professionnel).
- ⇒ Mener une campagne d'information ciblée sur le public masculin.
- ⇒ Former par une action spécifique les professionnels de l'accueil, de l'information et de l'orientation sur la connaissance des métiers.
- ⇒ Renforcer l'information portée par les points relais conseil en matière de VAE.
- ⇒ Améliorer l'identification et le contenu du pôle santé/travail social lors des salons d'information des lycéens.
- ⇒ Renforcer la collaboration entre enseignants des collèges et des lycées et formateurs des écoles et des instituts sanitaires et sociaux pour mieux faire connaître les formations et les métiers propres à ce secteur ainsi que la diversité des lieux et modes d'exercice de ces derniers.
- ⇒ Encourager les écoles et instituts à développer des informations collectives sur les métiers dont elles assurent les formations en lien avec les partenaires locaux (professionnels de l'orientation, employeurs, professionnels de la santé et du travail social, anciens élèves ou étudiants).

Durée et/ou calendrier :
la durée du schéma.

Partenariats pressentis :

- ⇒ Région
- ⇒ GIP Alfa Centre
- ⇒ Etablissements de formation
- ⇒ Réseau AIO (Accueil, Information, Orientation)
- ⇒ Branches professionnelles et OPCA
- ⇒ Partenaires sociaux
- ⇒ ANPE
- ⇒ Etat (DRASS, DDASS, DRTEFP, DRJS, Rectorat, DRAF)
- ⇒ Collectivités territoriales

Indicateurs d'évaluation :

- ⇒ Nombre d'actions menées.
- ⇒ Evolution des demandes d'accès aux formations (notamment de la part du public masculin).
- ⇒ Les outils ou supports utilisés et actualisés.

Fiche action n° 3 : Conforter et développer la voie de l'apprentissage

Contexte :

L'apprentissage reste une voie d'accès aux formations sanitaires et sociales encore marginale: 59 diplômés dans le secteur social entre 2001 et 2005 (éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs) et 150 préparateurs en pharmacie diplômés en moyenne tous les ans dont 20 préparateurs en pharmacie hospitalière. Une expérimentation est actuellement en cours dans le Loiret avec le CAP Petite enfance. Une autre est prévue en Indre-et-Loire. L'ouverture d'une section de 15 places est également décidée pour la formation d'éducateur de jeunes enfants.

La branche professionnelle du secteur social et médico-social privé non lucratif s'implique pour assurer le développement de cette voie d'accès aux formations en assurant le financement des coûts pédagogiques.

Par une voie d'accès moins sélective (examen d'entrée au lieu du concours), l'apprentissage donne une chance supplémentaire d'accès aux formations sociales, notamment aux jeunes qui ont pu rencontrer des difficultés avec les connaissances générales et qui ont parfois un début d'expérience pratique dans le secteur (stages, contrats saisonniers...).

L'apprentissage permet d'apporter une réponse locale à des besoins de recrutement identifiés en contribuant à la fidélisation des apprentis dans l'établissement qui a exprimé des besoins de personnel.

Objectifs :

- ⇒ Développer une voie d'accès supplémentaire aux formations sanitaires et sociales par l'apprentissage.
- ⇒ Au vu de l'expérimentation menée par la branche professionnelle du secteur social et médico-social non lucratif, lever les freins au développement de cette voie d'accès.

Contenu et modalités de mise en œuvre :

- ⇒ Animer une démarche concertée avec les acteurs (représentants des professionnels, établissements de formation, services de l'Etat) pour mieux informer les employeurs sur les possibilités qu'ouvre la voie de l'apprentissage (formation des maîtres d'apprentissage, fidélisation du personnel, aides financières, articulation pédagogique entre établissements de formation, établissements employeurs et autres lieux de stage...).
- ⇒ Etudier la faisabilité de l'expérimentation de l'apprentissage sur de nouvelles formations au vu notamment des besoins repérés en personnel.
- ⇒ Evaluer, en vue de leur reconduction et extension éventuelles, les actions actuellement en cours (CAP Petite enfance) ou prévues (éducateur de jeunes enfants).

Durée et/ou calendrier :

la durée du schéma.

Partenariats pressentis :

- ⇒ Région
- ⇒ Branches professionnelles et OPCA
- ⇒ Partenaires sociaux
- ⇒ Etablissements de formation
- ⇒ Services de l'Etat (DRASS, DDASS, Rectorat, DRJS)
- ⇒ Collectivités territoriales

Indicateurs d'évaluation :

- ⇒ Nombre de diplômés issus de l'apprentissage.
- ⇒ Nouvelles formations ouvertes.
- ⇒ Taux et lieux de placement des apprentis diplômés.

Fiche action n°4 : Assurer l'égalité d'accès aux formations par une politique d'aide à la vie étudiante

Contexte :

Les tarifs actuellement pratiqués par les écoles et instituts sanitaires et sociaux (droits d'inscription, frais de scolarité) ainsi que les indemnités consenties aux élèves et étudiants pour leurs frais de déplacement sont actuellement très hétérogènes.

Les difficultés financières auxquelles se heurtent de plus en plus d'élèves et étudiants sont un frein à la mobilité géographique pour les stages pratiques et rendent encore moins attractives les parties du territoire régional les plus éloignées des établissements de formation.

La disparition progressive des internats dans les écoles et instituts induit des coûts de logement supplémentaires pour les élèves et étudiants.

La Région mène déjà avec les représentants des étudiants des échanges et des concertations sur les conditions matérielles et pédagogiques dans lesquelles se déroulent leurs études.

Objectifs :

- ⇒ Contribuer à l'égalité d'accès aux formations.
- ⇒ Rendre cohérentes les conditions financières d'accès aux formations.
- ⇒ Encourager la mobilité géographique dans le cadre des stages pratiques.

Contenu et modalités de mise en oeuvre :

- ⇒ Inventorier très précisément et école par école et institut par institut les pratiques en vigueur.
- ⇒ Harmoniser les tarifs pratiqués et les indemnités financières accordées sur des bases communes à tous les écoles et instituts.
- ⇒ Intégrer les élèves et étudiants du secteur sanitaire et social dans la réflexion en cours au sein de la Région sur le logement des jeunes.

Durée et/ou calendrier : mise en œuvre progressive à partir de 2008.

Partenariats pressentis :

- ⇒ Région
- ⇒ CROUS
- ⇒ Représentants des étudiants
- ⇒ Etablissements de formation
- ⇒ DRASS, DDASS
- ⇒ Collectivités territoriales
- ⇒ Bailleurs de logements sociaux

Indicateurs d'évaluation :

- ⇒ Effet des mesures de soutien sur les abandons en cours de formation.
- ⇒ Meilleure couverture géographique des lieux de stage pratique.

Orientation n° 2 :

Accompagner les trajectoires professionnelles par la formation tout au long de la vie

Cette orientation vise à intégrer la formation comme moyen de sécurisation des parcours professionnels, non seulement pour anticiper leurs risques de rupture, mais aussi pour répondre aux besoins de professionnalisation du personnel confronté à des situations de plus en plus complexes.

La validation des acquis de l'expérience (VAE) est un élément de réponse. Elle contribue à l'élévation attendue du niveau de qualification professionnelle du personnel et à la reconnaissance de ses compétences. Elle se met progressivement en place, notamment sur le champ des formations sociales.

En région Centre, en 2005/2006, la VAE a concerné les formations suivantes : aide-soignant, éducateur spécialisé, cadre intermédiaire du secteur social et médico-social, auxiliaire de vie sociale et assistant de service social.

La réussite de la mise en place de la VAE suppose toutefois plusieurs préalables :

- une organisation pédagogique des formations qui intègre cette nouvelle voie de formation ;
- des financements suffisants pour y faire face ;
- une veille sur la poursuite des parcours de formation post VAE ;
- la disponibilité, la formation et l'indemnisation des membres des jurys ;

- l'intégration du personnel nouvellement diplômé à la hauteur des compétences reconnues.

Enfin, le développement de la VAE doit à la fois reposer sur le caractère individuel du dispositif et sur le caractère collectif de son approche par les employeurs.

La qualification et la professionnalisation du personnel du secteur du maintien à domicile constituent un enjeu important pour la reconnaissance de plusieurs milliers de personnes en région Centre et pour la construction de leur identité professionnelle. Elles sont également un enjeu pour la modernisation même des structures d'aide à domicile, laquelle passe notamment par la formation et la reconnaissance de l'encadrement et par la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC).

Or, le pourcentage du personnel diplômé dans le maintien à domicile reste faible en région Centre : environ 10 % de l'effectif total alors que les besoins sont croissants. L'organisation territoriale de l'offre de formation doit concourir à terme à l'amélioration de ce pourcentage en utilisant, non seulement le support de la VAE, mais également l'opportunité de véritables parcours d'intégration professionnelle proposés aux demandeurs d'emploi via notamment le contrat de professionnalisation.

Fiche action n° 5 : Développer les contrats de professionnalisation dans les services du maintien à domicile des personnes dépendantes

Contexte :

Le secteur du maintien à domicile a besoin d'intervenants qualifiés et diplômés pour assurer des prises en charge de plus en plus complexes techniquement et humainement.

Les salariés actuels affichent une moyenne d'âge relativement élevée : entre 40 et 50 ans. Leur remplacement est d'ores et déjà à prévoir.

Un nombre important de demandeurs d'emploi se positionne sur les métiers de l'aide à domicile. Or, le contrat de professionnalisation peut constituer pour des personnes en difficulté un véritable moyen d'intégrer l'entreprise avec un appui formatif.

Il permet en effet d'enchaîner des situations de travail avec des périodes de formation théorique. Le temps en formation peut être adapté au profil de la personne en prenant en compte l'ensemble de ses besoins. Il représente entre 15 et 25 % du temps de travail. Ce mode d'accès à la qualification est particulièrement bien adapté au secteur des services de l'aide à la personne où les candidats ont souvent un début d'expérience dans le secteur mais insuffisant pour prétendre à une VAE débouchant directement sur un diplôme.

Les conditions financières du contrat de professionnalisation permettent de prendre en charge la formation de tuteurs (jusqu'à 40 heures à raison de 15 €/heure), et d'indemniser l'employeur à concurrence de 230 € par mois sur six mois maximum. En outre, la formation étant prise en charge par l'organisme paritaire collecteur agréé (OPCA), ce sont autant de moyens que l'employeur peut dégager par ailleurs pour des périodes de professionnalisation de l'ensemble de son personnel.

Objectifs :

⇒ Anticiper les besoins en personnel qualifié et diplômé des structures intervenant dans le maintien à domicile en développant le contrat de professionnalisation.

⇒ Permettre la construction de parcours de formation qualifiante en intégrant des demandeurs d'emploi sur les titres de la catégorie B de l'accord de branche (notamment employé(e) familial(e) polyvalent(e) et assistant(e) de vie).

Contenu et modalités de mise en oeuvre :

⇒ Dans le cadre de l'appel d'offre préalable au vote par la commission permanente du Conseil régional du plan régional de formation, proposer des actions de sensibilisation aux métiers de l'aide à domicile montées en partenariat avec les employeurs afin de pouvoir déboucher sur la signature d'un contrat de professionnalisation.

⇒ Activer les dispositifs de l'AFPA et de l'ANPE pour positionner des demandeurs d'emploi sur ces emplois.

⇒ Sensibiliser sur le territoire régional les employeurs, les organismes de formation, les OPCA et le réseau du Service public de l'emploi sur le montage pédagogique et financier et expérimenter celui-ci sur un ou deux territoires avant d'envisager son extension éventuelle.

Durée et/ou calendrier : début de mise en oeuvre en 2008.

Partenariats pressentis :

- ⇒ Région
- ⇒ Représentants des employeurs
- ⇒ Organismes de formation
- ⇒ Partenaires sociaux
- ⇒ OPCA
- ⇒ Service public de l'emploi

Indicateurs d'évaluation :

- ⇒ Nombre de contrats signés.
- ⇒ Nombre d'actions menées assurant une couverture équilibrée du territoire régional.
- ⇒ Incidence du dispositif sur les pratiques de recrutement des employeurs.

Fiche action n° 6 : Encourager et soutenir le développement de la validation des acquis de l'expérience

Contexte :

La VAE est l'occasion de reconnaître des acquis professionnels et de mettre en place de véritables parcours professionnels pour les salariés et les demandeurs d'emploi. A ce titre, elle joue un rôle important pour la promotion sociale et peut ainsi contribuer à fidéliser le personnel dans un secteur d'activité marqué bien souvent par une usure professionnelle prématurée.

Les travaux préalables au schéma ont révélé un nombre important de faisant fonction aussi bien dans le secteur sanitaire (aides-soignants, infirmiers de bloc opératoire), que social (éducateurs spécialisés, directeurs et personnels d'encadrement).

La VAE est encore aujourd'hui un acte individuel de reconnaissance des savoir-faire. Pour que ce dispositif ait un véritable sens dans le secteur sanitaire et social, où la culture professionnelle est forte, il est nécessaire de promouvoir un dispositif de VAE collective en faisant travailler les établissements dans une logique de gestion des compétences de leur personnel.

Dans le secteur sanitaire, trois formations sont actuellement ouvertes à la VAE : aide-soignant, auxiliaire de puériculture et préparateur en pharmacie hospitalière. Les professions de la santé étant réglementées, l'extension de la VAE à d'autres professions ne saurait être que partielle. Par contre, à terme, tous les diplômés du travail social seront ouverts à la VAE.

Objectifs :

⇒ Répondre à la nécessaire augmentation du niveau de qualification des professionnels du secteur sanitaire et social pour faire face aux besoins de la population prise en charge et répondre aux exigences de plus en plus fortes des conditions d'exercice des métiers.

⇒ Fidéliser le personnel du secteur sanitaire et social en encourageant et en accompagnant via la VAE et les formations post-VAE le développement de parcours professionnels articulant emploi et formation.

⇒ Faire de la VAE un outil privilégié de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC).

Contenu et modalités de mise en oeuvre :

⇒ Faire connaître aux salariés, aux employeurs et au Service public de l'emploi l'offre de formation post-VAE existante et les modes d'accès à cette voie de formation en s'appuyant notamment sur les points relais conseil VAE.

⇒ Accompagner et financer la VAE en priorité sur les métiers pour lesquels les faisant fonction sont les plus importants : aides-soignants, infirmiers de bloc opératoire (dès la mise en place de la VAE pour cette formation) directeurs d'établissements et cadres intermédiaires du secteur social et médico-social, éducateurs spécialisés, intervenants à domicile dont les auxiliaires de vie sociale et les assistant(e)s de vie.

⇒ Clarifier les modalités de financement par une bonne coordination entre financeurs potentiels.

⇒ Soutenir la mise en place de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dans les établissements intégrant la dimension de la VAE.

⇒ Accompagner les publics de plus bas niveau de qualification dans le processus de la VAE par un appui spécifique à la constitution des dossiers.

Durée et/ou calendrier : à partir de 2008.

Partenariats pressentis :

- ⇒ Région
- ⇒ Réseau points relais conseil VAE.
- ⇒ Employeurs
- ⇒ OPCA
- ⇒ Etablissements de formation
- ⇒ Partenaires sociaux
- ⇒ Ministères valideurs
- ⇒ Service public de l'emploi
- ⇒ DRASS, DDASS

Indicateurs d'évaluation :

- ⇒ Existence de démarches concertées entre les acteurs.
- ⇒ Nombre de parcours VAE initiés
- ⇒ Suivi statistique et qualitatif du devenir des personnes s'étant engagées dans une démarche VAE.

Fiche action n° 7 : Soutenir la professionnalisation du secteur de l'aide à domicile et du secteur social et médico-social

Contexte :

Si le secteur de l'aide à domicile se développe rapidement, il souffre d'un éclatement important entre une multiplicité d'acteurs et de structures aux fonctionnements très différents. Par ailleurs, l'attractivité vers ce secteur demeure réduite alors que les besoins de personnel vont croissants.

Le secteur social et médico-social est confronté lui-même à la gestion prévisionnelle de ses effectifs pour faire face à la fois au renouvellement de ses personnels et à l'élévation attendue de leur niveau de qualification.

Les budgets des employeurs sont en partie contraints (tarifications et mesures financières décidées au niveau national et/ou départemental) et pèsent sur les possibilités de professionnaliser et de qualifier le personnel en place ou de recruter de nouvelles personnes.

L'Etat et la Région soutiennent aux côtés des employeurs la formation des salariés du secteur de l'aide à domicile par un Engagement de développement de l'emploi et des compétences (EDEC) qui s'achève en 2007. Cet EDEC succède lui-même à un Engagement de développement de la formation (EDDF) qui a permis entre 2003 et 2005 d'ouvrir 2 500 places de stage au bénéfice des salariés pour accéder à des modules d'adaptation à l'emploi et de professionnalisation et à 591 salariés d'engager un parcours de qualification via la VAE.

Objectifs :

- ⇒ Développer les pratiques de gestion des ressources humaines.
- ⇒ Professionnaliser l'ensemble du personnel (intervention et administration).
- ⇒ Fidéliser le personnel recruté.

Contenu et modalités de mise en oeuvre :

- ⇒ Expérimenter la mise en place de la gestion prévisionnelle des emplois et des

compétences (GPEC) prenant notamment en compte les aspects suivants :

- La gestion des pyramides des âges ;
- la gestion des carrières, (entretien d'évaluation, mobilité...)
- la gestion des contrats aidés et celle des remplacements ;
- la mise en place et le suivi de la VAE ;
- la professionnalisation des salariés ;
- l'accueil des nouveaux salariés ;
- la mise en place de temps de paroles et d'échanges ;
- le développement des relations avec les familles et les autres professionnels du champ social et médico-social.

- ⇒ Maintenir les efforts entrepris sur la VAE des salariés dans le cadre de l'EDDF et de l'EDEC en mutualisant les financements mobilisables.
- ⇒ Négocier un nouvel EDEC pour la période 2008/2009/2010 avec les représentants des employeurs prenant notamment en compte les priorités ci-dessus.
- ⇒ Mettre en place la GPEC dans les établissements du secteur social et médico-social
- ⇒ Associer les Conseils généraux aux orientations prises en lien avec leurs besoins.

Durée et/ou calendrier : 2008/2009/2010.

Partenariats pressentis :

- ⇒ Région
- ⇒ Représentants des employeurs
- ⇒ OPCA
- ⇒ DRASS, DDASS
- ⇒ Etablissements de formation
- ⇒ Conseils généraux
- ⇒ Réseau points relais conseil VAE
- ⇒ Partenaires sociaux

Indicateurs d'évaluation :

- ⇒ Nombre de démarches GPEC entreprises.
- ⇒ Evaluation du nouvel EDEC qui aura été négocié.

Orientation n° 3 : ***Adapter l'offre de formation aux besoins et aux territoires***

L'organisation des formations sanitaires et sociales constitue un réel enjeu pour l'aménagement du territoire dans la mesure où la répartition de l'offre peut jouer un rôle décisif quant à l'installation de futurs professionnels.

Les formations de niveau V jouent à cet égard un rôle de tout premier ordre pour « fixer » le personnel dans les territoires.

Dans le secteur sanitaire, l'offre de formation est déjà territorialisée mais son dimensionnement méritera d'être confronté à la réalité des besoins des territoires et du marché du travail. Dans le secteur social, un effort important a été conduit dans le cadre du schéma régional des formations sociales 2001/2005 pour délocaliser l'offre de niveau V. Il est relayé par celui du Conseil régional à travers l'offre de formation qu'il finance par ailleurs pour les demandeurs d'emploi dans le cadre de son appel d'offres annuel. Par ailleurs, des réponses locales peuvent être trouvées en répondant par la formation aux besoins de personnel liés notamment à des ouvertures d'établissements ou en développant l'apprentissage dans les structures qui prévoient de recruter. Les formations de niveau V sont désormais toutes accessibles en formation initiale et permettent entre elles

des passerelles qui sont autant d'opportunités pour stabiliser et conforter un parcours professionnel. Aussi, ces formations peuvent-elles offrir de nouveaux débouchés aux publics en quête d'un premier niveau de qualification, souvent peu mobiles, ou à la recherche d'une nouvelle orientation professionnelle. ***Cette offre de proximité doit être valorisée dans les territoires mais en lien avec des besoins identifiés.*** Elle devra également se saisir des nouvelles modalités pédagogiques que permet la formation ouverte à distance (FOAD).

Cette offre doit être conforme aux besoins émergents détectés au niveau régional. Ceux-ci concernent en priorité les aides-soignants, les aides médico-psychologiques, les auxiliaires et les assistant(e)s de vie, les infirmiers (notamment dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) mais également les masseurs-kinésithérapeutes.

Enfin, afin de lutter contre les pénuries de personnel constatées dans certains territoires ou établissements, la Région étudiera avec les partenaires concernés les modalités d'action envisageables pour pourvoir les postes vacants et fidéliser les personnels.

Fiche action n° 8 : Poursuivre la territorialisation de l'offre de formation au plus près des besoins

Contexte :

La territorialisation de l'offre de formation croise trois problématiques : la réponse aux besoins du marché du travail, l'amélioration de l'accès aux formations et l'aménagement du territoire. En région Centre, elle se met peu à peu en place :

a) Dans le secteur social, le développement de l'offre de formation depuis 2001 a permis de mieux irriguer le territoire régional par des délocalisations ou des implantations de formations de niveau III et IV (éducateur spécialisé et moniteur éducateur sur Chartres ; aide médico-psychologique sur Bourges, Sainte Geneviève des Bois dans le Loiret, Châteauroux et Chartres ; conseiller en économie sociale et familiale sur Bourges, Blois et Chartres).

b) Concernant les formations du secteur sanitaire aux effectifs les plus nombreux (aide-soignant et infirmier), on note par département trois formations d'infirmier en Eure-et-Loir et en Indre-et-Loire, deux dans l'Indre, le Loiret et le Cher et une dans le Loir-et-Cher. La formation d'aide-soignant est présente quant à elle sur quatre sites dans l'Indre et trois dans chacun des autres départements.

c) Dans le secteur de l'aide au maintien à domicile, le développement de l'offre de formation via le plan régional de formation financé par le Conseil régional a permis en 2007 d'ouvrir 393 places de formation qualifiante via le DEAVS, le titre assistant(e) de vie et le titre employé(e) familial(e) polyvalent(e). Ces places correspondent à 26 actions réparties sur 21 villes. Il convient d'ajouter à cette offre conjoncturelle l'offre de l'AFPA sur le titre assistant(e) de vie aux familles présente dans cinq centres : Bourges, Blois, Châteauroux, Tours et Chartres.

Par ailleurs, les Ministères de l'Education nationale et de l'Agriculture et de la Pêche développent de leur côté une offre de formation de proximité très importante sur des formations généralistes ayant trait au secteur sanitaire et social : 2 600 places de

niveau V et IV sur l'année scolaire 2006/2007.

Les difficultés de recrutement rencontrées dans certaines zones géographiques et/ou certains établissements posent question sur le rôle de la formation comme élément de réponse à l'attractivité des territoires et à la fidélisation du personnel.

La faible mobilité géographique d'une partie du public constitue un frein à l'accès aux formations lorsque celle-ci est trop éloignée du lieu d'habitation.

Objectifs :

⇒ Développer et diversifier une offre de formation de proximité pour permettre l'accès à un premier niveau de qualification.

⇒ Répondre aux besoins de personnel identifiés dans les territoires.

⇒ Faire de la formation un élément d'attractivité des territoires pour favoriser la fidélisation et l'implantation de jeunes professionnels.

⇒ Lever les freins d'accès à la formation pour les personnes peu mobiles.

Contenu et modalités de mise en œuvre :

Pour chaque territoire :

a) analyser les caractéristiques du marché du travail pour contribuer à la structuration géographique de l'offre de formation ;

b) prendre en compte l'impact des projets médicaux de territoire et des établissements sur leur gestion des ressources humaines ;

c) identifier et connaître les vacances de postes dans les établissements du secteur sanitaire et social et les motifs de ces vacances ;

d) construire une carte des formations qui prenne en compte l'articulation entre l'offre par voie scolaire et l'offre des écoles et

instituts sanitaires et sociaux. Objectif : créer les passerelles nécessaires vers la qualification professionnelle au regard des besoins identifiés ;

e) encourager la formation ouverte à distance dans les modalités pédagogiques des formations ;

f) lors des agrandissements ou créations d'établissements sanitaires ou sociaux, anticiper les besoins de personnel en montant, le cas échéant, une action de formation spécifique en lien avec le Service public de l'emploi ;

g) encourager les rapprochements et les collaborations entre les différents établissements de formation afin de rendre leur offre complémentaire.

De façon plus générale, la territorialisation de l'offre de formation devra respecter le principe suivant : maintenir les formations de niveau I et II dans les pôles universitaires de Tours et d'Orléans, délocalisations ou créations au niveau départemental de formations de niveaux III et IV au regard des besoins identifiés et diversification l'offre de niveau V sur les bassins d'emploi (de façon structurelle ou conjoncturelle).

La Région engagera par ailleurs avec les partenaires concernés une réflexion sur des modalités d'action pour fidéliser les professionnels de la santé sur les territoires et/ou dans les établissements qui rencontrent le plus de difficultés de recrutement.

Durée et/ou calendrier :

la durée du schéma.

Partenariats pressentis :

- ⇒ Région
- ⇒ Education nationale et DRAF
- ⇒ DRASS, DDASS
- ⇒ Collectivités territoriales
- ⇒ Service public de l'emploi
- ⇒ Agence régionale de l'hospitalisation
- ⇒ Etablissements et organismes de formation.

Indicateurs d'évaluation :

- ⇒ Nombre de places ouvertes par territoire et de sites de formation.
- ⇒ Cohérence de la carte des formations par territoire.
- ⇒ Nombre d'actions menées en lien avec le Service public de l'emploi.
- ⇒ Résultats en terme d'insertion professionnelle des personnes formées.

Fiche action n° 9 : Répondre aux besoins de professionnels qualifiés dans le secteur sanitaire et social

Contexte :

L'évolution des pyramides des âges des professionnels et celle de la demande sociale rendent inévitables des besoins importants de personnel dans les années à venir.

L'état des lieux opéré lors des réunions du groupe de travail du PRDF alerte sur des pénuries ou des besoins de personnel. Il méritera toutefois d'être précisé par des données plus complètes.

Objectif :

Quantifier les besoins en formation en fonction des besoins en personnel qui auront pu être identifiés et prévoir les effectifs en conséquence dans les écoles et instituts.

Contenu et modalités de mise en oeuvre :

Proposer des capacités d'accueil par formation en prenant en compte les différentes voies

d'accès. Ces propositions sont susceptibles d'évoluer en fonction de l'actualisation des besoins.

Durée et/ou calendrier :

la durée du schéma.

Partenariats pressentis :

- ⇒ Région
- ⇒ DRASS, DDASS
- ⇒ Agence régionale de l'hospitalisation
- ⇒ Ecoles et instituts de formation
- ⇒ Observatoire régional de la démographie des professions de santé
- ⇒ Collectivités territoriales dont les Conseils généraux

Indicateurs d'évaluation :

Suivi et mise en oeuvre des recommandations par formation.

Diplômes du secteur sanitaire		
Niveau	Diplôme	Recommandations et actions <i>(les capacités d'accueil ou quotas indiqués sont ceux pour les entrants en formation)</i>
III	Diplôme d'Etat de sage-femme	Quota décidé par l'Etat. Quota reconduit à 30 places pour la rentrée de 2007.
III	Diplôme d'Etat masseur/kinésithérapeute	Envisager de porter le quota entre 50 et 60 places durant la durée du schéma contre 40 actuellement.
III	Certificat de capacité d'orthophoniste	Affiner les besoins en lien avec l'observatoire régional de la démographie des professions de santé.
III	Certificat de capacité d'orthoptiste	Idem orthophoniste.
III	Diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale	Atteindre la capacité d'accueil de 35 places à l'institut de Tours alors que l'accueil est actuellement limité à 30.
III	Diplôme de technicien supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique	Conforter, voire développer la capacité d'accueil actuelle, (20), en lien avec le Rectorat.
III	Diplôme d'Etat de technicien de laboratoire en analyses biomédicales	Maintenir la capacité actuelle de 32 places.
III	Diplôme d'Etat d'infirmier	Maintenir le quota actuel de 1 137 places et la répartition entre instituts mais en ayant comme objectif de diplômer 950 étudiants d'ici à 2013/an en luttant contre le taux de décrochage.
III	Infirmiers spécialisés	Anesthésiste : atteindre la capacité actuelle de 20 places en augmentant les promotions professionnelles. Infirmier de bloc opératoire : augmenter le nombre de diplômés par la formation complète, (45), et la VAE lorsque celle-ci sera opérationnelle. Puéricultrice : maintenir dans un premier temps la capacité actuelle de 45 places mais affiner les besoins.
-	Diplôme d'Etat de cadre de santé	Maintenir la capacité actuelle de 55 places mais affiner les besoins.
III	Diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière	Maintenir l'effectif à 20 places en apprentissage mais étudier la possibilité d'augmenter la capacité en lien avec l'inter régions Bretagne/Centre/Pays de la Loire. Projet d'ouverture en formation initiale.
V	Diplôme d'Etat d'aide-soignant	Diplômer 1 100 aides-soignants par an d'ici à 2013 par la formation initiale ou la VAE.
V	Diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture	Maintenir dans un premier temps la capacité actuelle de 60 places mais affiner les besoins.
V	Diplôme d'Etat d'ambulancier	Maintenir la capacité actuelle de 65 places à raison de deux sessions par an.

Diplômes du secteur social		
Niveau	Diplôme	Recommandations et actions <i>(les capacités indiquées sont celles pour les entrants en formation)</i>
I	Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale (CAFDESIS)	Capacité envisagée de 24 places (déclaration préalable en cours). L'agrément précédent portait sur une capacité minimale de 8 et maximale de 35. Augmenter le nombre de diplômés par le biais de la VAE.
I	Diplôme d'Etat d'ingénierie sociale	Nouveau diplôme remplaçant le Diplôme supérieur en travail social. Capacité envisagée de 15 places (déclaration préalable en cours). Envisager des parcours de formation complets.
II	Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale (CAFERUIS)	Capacité envisagée de 55 places (déclaration préalable en cours). Augmenter le nombre de diplômés par la VAE.
II	Diplôme d'Etat de médiateur familial	Capacité envisagée de 15 places (déclaration préalable en cours). Diplôme récent créé en 2004. Faire le bilan des premières promotions avant d'envisager de nouvelles orientations pour cette formation.
III	Diplôme d'Etat d'assistant de service social	Capacité portée à 100 places en septembre 2007 (contre 80 auparavant). Maintien de la capacité en formation initiale (80) tout en développant la voie de l'apprentissage et la VAE.
III	Diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé	Capacité envisagée de 300 places contre 230 auparavant (déclarations préalables en cours). Maintien de la capacité en formation initiale (175) tout en développant la voie de l'apprentissage et la VAE.
III	Diplôme d'Etat d'éducateur technique spécialisé	Capacité portée à 50 en septembre 2007 contre 40 précédemment. Maintien de la capacité en formation initiale (40) tout en développant la VAE.
III	Diplôme d'Etat d'éducateur de jeunes enfants	Capacité portée à 60 places en septembre 2007 contre 40 auparavant. Maintien de la capacité en formation initiale (40) tout en développant la voie de l'apprentissage et la VAE.
III	Diplôme de conseiller en économie sociale et familiale	Formation Education nationale. Capacité envisagée de 58 places (déclarations préalables en cours). Affiner les besoins en lien avec les employeurs.
III	Diplôme d'Etat de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport spécialité « animation socio-éducative ou culturelle » mention « animation sociale »	Nouveau diplôme. Enquête de besoins actuellement en cours auprès des employeurs et des salariés potentiellement concernés.

Niveau	Diplôme	Recommandations et actions <i>(les capacités indiquées sont celles pour les entrants en formation)</i>
IV	Diplôme d'Etat de technicien de l'intervention sociale et familiale	Capacité totale portée à 30 places en septembre 2007 contre 24 précédemment. Maintien de la capacité en formation initiale (18) tout en développant la VAE.
IV	Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport (spécialité animation sociale)	Quantifier les besoins d'animation sociale au regard des publics visés par ce diplôme.
V	Diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique	Capacité totale portée à 250 places en septembre 2007 contre 145 précédemment. Envisager l'ouverture de 20 places en formation initiale sur cette capacité afin de diversifier les voies d'accès à ce diplôme.
V	Diplôme d'Etat d'assistant familial	Nouvelle formation financée par les Conseils généraux. Capacité en septembre 2007 : 537.
V	Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie sociale	Capacité envisagée de 240 places contre 150 auparavant. Conforter la territorialisation de l'offre de formation tout en diversifiant les voies d'accès : formations complètes pour demandeurs d'emploi et poursuite de la VAE pour tous les publics.
V	Titre professionnel d'assistant(e) de vie aux familles	Formation AFPA : capacité actuelle de 94 places. Adapter, voire augmenter cette capacité pour assurer une meilleure couverture du territoire régional.
V	Titre employé(e) familial(e) polyvalent(e)	Formation validée par la FEPEM. Poursuivre et adapter la territorialisation de l'offre en fonction des besoins identifiés au plus près des territoires.

Orientation n° 4 : **Accompagner l'évolution de l'appareil de formation**

Dans la poursuite des démarches et des travaux déjà menés, il s'agira de définir avec les établissements de formation un cadre de travail en vue d'adapter les réponses pédagogiques à l'évolution attendue de l'appareil de formation.

Ces réponses passent par :

- ⇒ la qualité de l'alternance et la mise en place de la modularisation des formations ;
- ⇒ la promotion des capacités d'ingénierie pédagogique et la formation des formateurs ;
- ⇒ des équipements de qualité.

En effet, l'évolution des besoins de compétences, l'intégration des quatre voies de formation et les exigences de la formation

tout au long de la vie supposent de la part des établissements de formation des capacités d'adaptation pour :

- ⇒ utiliser davantage les possibilités offertes par les technologies de l'information et de la communication pour l'éducation (TICE) ;
- ⇒ développer la transversalité des formations ;
- ⇒ proposer des réponses de formation continue pertinentes pour faire face aux besoins des employeurs et des salariés ;
- ⇒ développer la coopération entre organismes de formation ainsi que leur mise en réseau ;
- ⇒ professionnaliser l'exécution des tâches administratives et financières.

Fiche action n° 10 : Encourager la professionnalisation des instituts de formation du secteur sanitaire

Contexte :

Les réformes des diplômes, la multiplicité des publics apprenants, le développement des compétences transversales entre certaines formations et l'intégration progressive de certaines d'entre elles dans le système universitaire licence-master-doctorat (LMD) vont avoir un effet sur l'organisation pédagogique, administrative et financière des instituts de formation du secteur sanitaire.

La multiplicité et l'urgence des tâches demandées aux membres des équipes (directeurs, gestionnaires, formateurs) menacent leur identité en les éloignant de leur « cœur de métier ».

Les instituts manifestent certaines inquiétudes sur les profils des jeunes qui accèdent aux formations (niveau, motivation, sens des responsabilités au regard du métier choisi...). Le taux important de décrochage des étudiants infirmiers nourrit cette inquiétude.

Les conditions d'exercice des métiers sont de plus en plus dures et le choc entre la vie étudiante et la réalité professionnelle n'en est que plus fort.

La réaction des instituts est de solliciter le Conseil régional pour accroître les moyens pédagogiques.

Objectifs :

- ⇒ Rationaliser l'organisation et le mode de fonctionnement des instituts afin de :
 - maintenir la plus value formative des instituts en redonnant du sens aux fonctions de chacun des membres des équipes ;
 - lutter contre le taux d'abandon des apprenants et en tout premier lieu des étudiants infirmiers ;
 - prendre en compte la transversalité des formations.

- ⇒ Professionnaliser les équipes pédagogiques sur leur cœur de métier : la transmission de connaissances, l'accompagnement des apprenants, la dimension formative de l'alternance.
- ⇒ Préparer l'intégration des formations dans le système LMD.

Contenu et modalités de mise en oeuvre :

- ⇒ Mettre à plat le mode d'organisation et de fonctionnement des instituts et travailler sur la trame d'un projet d'établissement.
- ⇒ Créer des groupes de travail sur la base du volontariat et associant représentants des directeurs, des étudiants et des personnels. Ce travail pourrait être accompagné et suivi par le Département des Sciences de l'éducation de l'Université de Tours dans le cadre d'une convention avec cette dernière.
- ⇒ Développer les liens entre les formations sanitaires et les formations universitaires dans le cadre du rapprochement vers le système LMD

Durée et/ou calendrier : la durée du schéma

Partenariats pressentis :

- ⇒ Région
- ⇒ Instituts
- ⇒ DRASS, DDASS
- ⇒ Représentants des étudiants, des directeurs et des personnels
- ⇒ Université de Tours

Indicateurs d'évaluation :

- ⇒ Nouveaux projets d'établissements mis en œuvre.
- ⇒ Diminution du taux d'abandon des élèves infirmiers.
- ⇒ Départs en formation des formateurs.
- ⇒ Outils de suivi et d'accompagnement des apprenants mis en œuvre.

Fiche action n° 11 : Développer la modularisation des formations

Contexte :

La mise en œuvre de la validation des acquis de l'expérience prévue par la loi de modernisation sociale de janvier 2002 entraîne une demande de formation modulaire post-VAE.

Les réformes des diplômes sanitaires et sociaux accessibles à la VAE construisent les certifications en s'appuyant sur les définitions des professions et sur des référentiels professionnels : référentiels d'activités et référentiels de compétences qui précisent les compétences nécessaires (en les regroupant par domaine) pour pouvoir exercer ces activités. Le contenu des formations est désormais organisé par domaine de formation en référence à ces domaines de compétences. Les établissements de formation, dans leurs projets pédagogiques doivent intégrer cette modularisation dans l'architecture des formations, en conformité avec la réglementation.

Les réformes des diplômes s'accompagnent de la création de passerelles. Pour être effectives, celles-ci doivent s'appuyer également sur cette modularisation. Celle-ci devra également prendre en compte à terme le Cadre Européen des Certifications (CEC) afin de faciliter la mobilité des étudiants.

Cette évolution de l'architecture des formations soulève un certain nombre de problèmes aux établissements de formation, que ce soit en termes pédagogiques ou organisationnels.

L'articulation entre formation modulaire et formation complète est également à étudier.

Enfin, les candidats à l'entrée en formation post-VAE ou par le biais de passerelles peuvent parfois avoir des difficultés à s'approprier les exigences des référentiels des formations et en conséquence rencontrer des difficultés à anticiper le niveau d'exigence de la formation qualifiante.

Objectifs :

Favoriser la mise en œuvre des formations par voie modulaire en tenant compte :

- des impératifs pédagogiques des formations ;
- des spécificités des publics concernés ;
- des modalités organisationnelles des établissements de formation.

Contenu et modalités de mise en œuvre :

Mettre en place un groupe de travail piloté par la DRASS réunissant les établissements de formation en vue de :

- identifier les freins et les leviers d'actions ;
- repérer les difficultés organisationnelles et les exigences et limites pédagogiques des formations modulaires ;
- identifier les préalables nécessaires à l'entrée en formation modulaire pour les candidats ;
- permettre les échanges d'expériences entre établissements de formation.

Durée et/ou calendrier :

la durée du schéma.

Partenariats pressentis :

- ⇒ DRASS, DDASS
- ⇒ Région
- ⇒ Ecoles et instituts de formation

Indicateurs d'évaluation :

- ⇒ Nombre de stagiaires en formation modulaire post-VAE.
- ⇒ Nombre de groupes identifiés en formation modulaire.
- ⇒ Nombre de formations accessibles par modules.

Fiche action n° 12 : Moderniser les équipements des écoles et des instituts

Contexte :

L'état des lieux patrimonial des écoles et des instituts a permis d'identifier la nature et l'urgence des travaux nécessaires pour mettre aux normes de sécurité certains établissements et améliorer les conditions de travail non seulement des apprenants mais également des équipes administratives et pédagogiques (achat de matériels, aménagement de locaux).

Le recours aux nouvelles technologies reste peu utilisé dans les écoles et instituts alors qu'il permet d'accéder à des ressources pédagogiques de tout premier ordre et améliorer ainsi la qualité des travaux des apprenants.

L'évolution des technologies dans le secteur sanitaire rend indispensable la mise à niveau des équipements des instituts pour continuer à former de bons professionnels.

Objectifs :

- ⇒ Améliorer le cadre et les conditions de travail des apprenants et des personnels des écoles et des instituts.
- ⇒ Rendre les nouvelles technologies de l'information plus accessibles aux apprenants et aux personnels des écoles et instituts avec comme finalités : échanger, communiquer et apprendre.

Contenu et modalités de mise en oeuvre :

- ⇒ Définir les besoins en concertation avec les écoles et instituts et le GIP RECIA.

- ⇒ Raccorder les écoles et instituts au réseau haut débit de la région.
- ⇒ Arrêter un plan pluriannuel d'investissements qui sera décliné annuellement en fonction des priorités dégagées.
- ⇒ Sensibiliser et former les équipes pédagogiques afin de mieux identifier les enjeux, les intérêts mais aussi les limites de l'usage des nouvelles technologies.

Durée et/ou calendrier :

la durée du schéma

Partenariats pressentis :

- ⇒ Région
- ⇒ Etablissements de formation
- ⇒ Représentants des formateurs et des apprenants
- ⇒ GIP RECIA
- ⇒ DRASS

Indicateurs d'évaluation :

- ⇒ Nombre et types d'équipements mis en place.
- ⇒ Impact des nouvelles technologies sur les pratiques pédagogiques des formateurs.
- ⇒ Impact de l'utilisation des nouvelles technologies sur la qualité des travaux des apprenants et leur réussite aux examens.

Orientation n° 5 : ***Construire les outils d'une observation partagée***

Les travaux de diagnostic emploi formation dans le cadre de l'élaboration du schéma ont révélé de réelles difficultés pour disposer sur l'ensemble du champ sanitaire et social d'informations et de statistiques précises, récentes, fiables et compatibles entre elles.

L'anticipation des besoins de personnel par le biais de la formation suppose de connaître et d'approfondir la relation emploi formation. C'est un élément primordial du pilotage futur de l'appareil de formation que la Région est en train de prendre en charge.

De plus, cette connaissance doit revêtir une dimension territoriale afin de croiser les enjeux emploi formation territoire par territoire et métier par métier.

Un travail de mutualisation des outils déjà existant est donc nécessaire afin de définir les

éléments d'observation souhaités et d'établir un mode d'actualisation et de diffusion des données quantitatives et qualitatives qui auront été capitalisées.

Les écoles et instituts ont vocation à être partie prenante de cette démarche du fait qu'elles disposent d'informations aussi bien en amont des formations (profils, origines, âge, statuts des apprenants...), qu'en aval (taux de réussite, taux d'abandon, insertion professionnelle: lieux, types d'établissements...). Par ailleurs piloter l'appareil de formation qui lui a été transféré suppose pour la Région une meilleure lisibilité du fonctionnement des écoles et instituts tant sur les aspects financier qu'organisationnel.

Fiche action n° 13 : Construire avec les partenaires concernés un outil commun d'observation sur l'emploi et la formation

Contexte :

Les travaux conduits en amont du schéma régional des formations sanitaires et sociales ont montré la difficulté de disposer d'informations statistiques fiables, actualisables et compatibles entre elles tant sur le champ des emplois (effectifs, niveaux de qualification, âge, sexe, mobilité, taux de rotation, types et durée d'exercice...) que sur celui de la formation, (insertion professionnelle des diplômés : lieux et types d'établissement).

Le secteur sanitaire et social se caractérise en effet par la multiplicité des producteurs de données qui couvrent des domaines et des secteurs d'activité d'une grande diversité (URCAM, DRASS, CNFPT, URIOPSS, INSEE, ORFE, UNEDIC...)

La connaissance de la relation emploi formation, puis celle de la carrière des professionnels concernés par le schéma régional des formations sanitaires et sociales, sont indispensables pour piloter efficacement la mise en œuvre et l'actualisation de ce dernier, notamment dans la perspective de l'approche territoriale de l'offre de formation.

Objectifs :

- ⇒ Objectiver et anticiper les besoins de personnel du secteur sanitaire et social en dégageant et en suivant les tendances d'évolution des professionnels et des salariés.
- ⇒ Adapter l'offre de formation en conséquence en intégrant sa dimension territoriale.
- ⇒ Développer par territoire une fonction d'observation et d'information cohérente

relative aux métiers, emplois et qualifications des secteurs sanitaire et social.

Contenu et modalités de mise en œuvre :

- ⇒ Proposer aux acteurs concernés sous la responsabilité de la Région et des services de l'Etat un cadre de travail partenarial en s'appuyant notamment sur les ressources de l'ORFE.
- ⇒ Constituer à terme un tableau de bord permettant d'harmoniser, mutualiser et actualiser les données qui auront été reconnues pertinentes pour atteindre les objectifs visés.

Durée et/ou calendrier : mise en place en 2008/2009.

Partenariats pressentis :

- ⇒ Région
- ⇒ ORFE
- ⇒ DRASS
- ⇒ OPCA
- ⇒ ARH
- ⇒ URIOPSS
- ⇒ UNEDIC
- ⇒ Représentants des employeurs
- ⇒ CNFPT
- ⇒ URCAM
- ⇒ URSSAF

Indicateurs d'évaluation :

- ⇒ Création effective de l'outil.
- ⇒ Impact et utilisation de l'outil pour actualiser et orienter les besoins de formation non seulement dans le cadre du présent schéma mais également dans celui des schémas suivants.

Fiche action n° 14 : Signer avec les écoles et instituts une convention cadre

Contexte :

Lors du transfert de compétences, la Région a pu constater l'hétérogénéité des documents et informations qui lui ont été transmis lorsqu'elle a souhaité mieux connaître un secteur particulièrement complexe tant du point de vue financier que pédagogique.

La Région souhaite engager avec les établissements de formation du secteur sanitaire et social une démarche partenariale afin de définir les engagements respectifs de chacun, et ce, à partir de champs d'observation communs et utiles à la bonne conduite des formations.

La Région expérimente en 2007 une première convention avec les trois établissements en formation sociale (décision votée lors de la Commission Permanente du 16 mars 2007).

Objectifs :

- ⇒ Harmoniser les documents budgétaires et de suivi de l'activité des écoles et instituts tant quantitative que qualitative.
- ⇒ Eclairer la Région sur ses choix et décisions à venir.
- ⇒ Disposer d'un outil pertinent pour que les écoles et instituts restituent de façon homogène les données concernant les apprenants : origine, niveaux, effectifs (dont les redoublants), taux de réussite, insertion...

Contenu et modalités de mise en oeuvre :

- ⇒ Evaluer l'expérimentation en cours avec les établissements de formation sociale menée en 2007 afin de la reconduire en

2008/2010 et de l'étendre progressivement aux instituts du secteur sanitaire.

- ⇒ Signer des conventions triennales fixant les droits et obligations de la Région et des établissements. Ces conventions porteront notamment sur trois éléments :
 - un cadre budgétaire homogène et partagé ;
 - une restitution de données complète et harmonisée ;
 - les actions éducatives menées au sein de l'établissement et les contributions de ce dernier à la construction de l'offre de formation conformément aux orientations définies dans le schéma régional des formations.
- ⇒ Harmoniser les documents demandés avec ceux de la DRASS afin d'éviter les doublons inutiles.
- ⇒ Mettre en place un outil informatique de gestion des établissements sous forme d'extranet.

Durée et/ou calendrier : signature des conventions en 2008/2009.

Partenariats pressentis :

- ⇒ Région
- ⇒ DRASS
- ⇒ Ecoles et instituts de formation

Indicateurs d'évaluation :

- ⇒ Nombre de conventions signées.
- ⇒ Intégration des remontées de données dans l'outil d'observation partagée faisant l'objet de la fiche action n° 13.

Conclusion : La mise en œuvre et le suivi du schéma

Au même titre que le PRDF dans lequel il s'inscrit, le schéma régional des formations sanitaires et sociales fera l'objet d'un suivi régulier de sa mise en œuvre opérationnelle.

Ce suivi poursuivra un triple objectif :

- ⇒ Contribuer à une meilleure cohérence du système de formation.
- ⇒ Renforcer les partenariats afin de développer une véritable synergie entre les acteurs.
- ⇒ Ajuster et évaluer les actions décidées.

Il sera rendu compte annuellement de ce suivi au sein du groupe de pilotage du PRDF déjà existant.

Par ailleurs, la déclinaison opérationnelle du schéma ne prendra son effet qu'à travers le développement de partenariats ciblés en fonction des thématiques qu'il aborde.

Ces partenariats impulsés par le Conseil régional pourront prendre plusieurs formes :

- a) **Contractualisation avec les branches professionnelles et leurs OPCA** (Organismes paritaires collecteurs agréés) permettant de définir les engagements réciproques contribuant à la réalisation des objectifs du schéma.
- b) **Concertation régulière avec les Conseils généraux** afin de prendre en compte leurs besoins dans la construction de l'offre de formation.
- c) **Convention entre la Région et la Direction Régionale des affaires sanitaires et sociales** permettant

l'échange des informations utiles à l'exercice complémentaire de leurs champs de compétences respectifs.

- d) **Concertation entre la Région, la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales, le Rectorat et la Direction régionale de l'agriculture et de la forêt** sur la construction de la carte des formations dans le secteur sanitaire et social.

Compte tenu de la diversité des modalités de financement des formations, et parfois de leur manque de lisibilité, il est également proposé de créer une conférence des financeurs de formation dont les objectifs seraient les suivants :

- ⇒ clarifier le rôle de chaque partenaire ;
- ⇒ identifier les éléments de complémentarité au regard notamment des parcours individuels de formation et de l'attente des employeurs ;
- ⇒ rechercher les moyens d'une complémentarité entre les montages proposés ;
- ⇒ rendre lisibles et accessibles les dispositifs mis en œuvre.

L'évaluation du schéma sera le préalable à sa reconduction. Cette évaluation sera menée conformément aux indicateurs mentionnés dans chacune des actions. Cette évaluation objective permettra d'appuyer et de consolider les orientations et les actions qui seront décidées ultérieurement.

Même si la Région n'est pas en charge directement de la conduite de politiques sanitaires et sociales, la compétence qui lui est dévolue par la loi du 13 août 2004 l'engage désormais dans la construction d'une politique cohérente de formation, articulée elle-même aux politiques d'action sociale et de santé.

Pour cela, elle devra prendre en compte les besoins en termes d'emplois, de qualifications et de compétences liés au développement de l'offre de services et à l'évolution des métiers à travers une concertation durable avec les représentants des employeurs et des partenaires sociaux, les autres collectivités territoriales et les services de l'Etat.

ANNEXES

Annexe 1 : Le nombre de bénéficiaires des quatre minima sociaux en région Centre et en France au 31 décembre 2004

Annexe 2 : L'évolution des emplois paramédicaux et de l'action sociale en région Centre entre 1982 et 1999

Annexe 3 : Les instituts de formation en soins infirmiers en région Centre

Annexe 4 : Les instituts de formation d'aides-soignants en région Centre

Annexe 5 : Les autres formations paramédicales en région Centre

Annexe 6 : L'offre de formation dans le secteur social en région Centre en 2007

Annexe 7 : Les fiches métiers

Annexe 8 : Les passerelles entre les diplômes relevant du code de l'action sociale et des familles

Annexe 9 : Les allègements ou dispenses de formation entre diplômes sanitaires et sociaux de niveau 5.

Annexe 1 - Le nombre de bénéficiaires des quatre minima sociaux en région Centre et en France au 31 décembre 2004

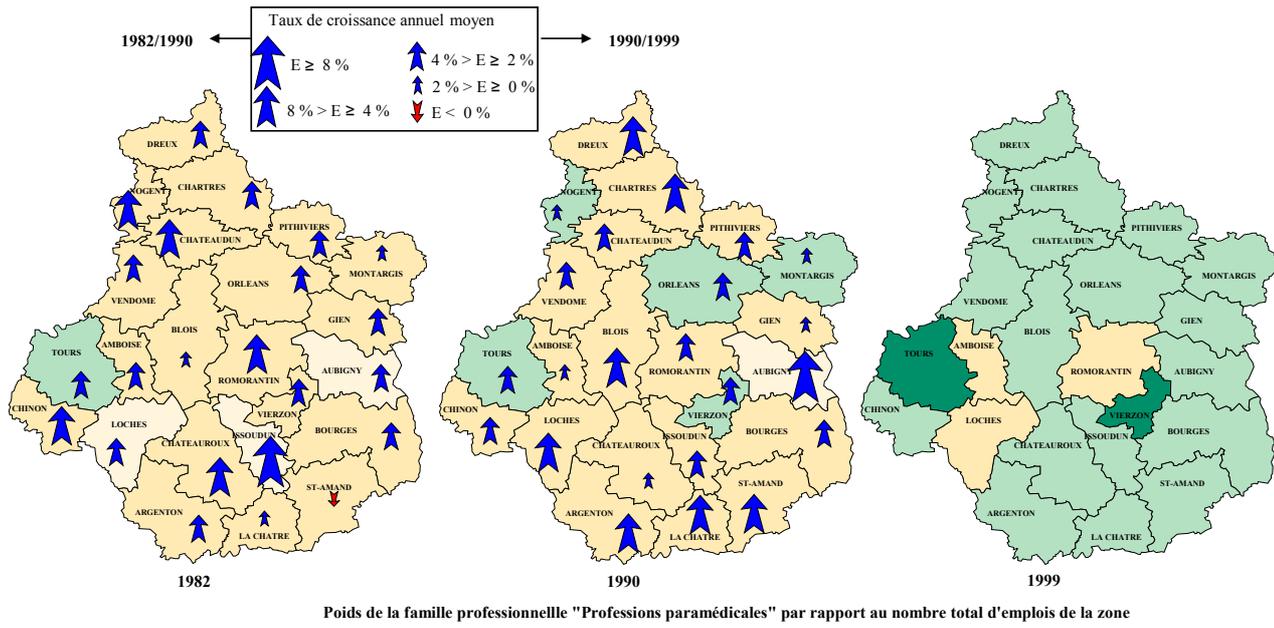
	RMI		AAH		API		ASV	
	Nombre	Evolution 2003 2004	Nombre	Evolution 2003 2004	Nombre	Evolution 2003 2004	Nombre	Evolution 2003 2004
Cher	6 010	7,8 %	4 383	0,5 %	948	4,4 %	2 522	-1,3 %
Eure-et-Loir	4 762	11,0 %	4 195	5,0 %	922	7,7 %	1 674	0,2 %
Indre	2 742	11,0 %	4 385	-1,1 %	443	-5,7 %	2 574	-3,6 %
Indre-et-Loire	8 564	6,3 %	6 863	5,5 %	1 277	4,5 %	3 232	-4,7 %
Loir-et-Cher	4 267	8,1 %	3 046	4,0 %	646	15,8 %	1 885	-6,6 %
Loiret	8 000	14,2 %	5 954	3,8 %	1 439	1,3 %	2 933	3,7 %
Centre	34 345	9,6 %	28 826	3,1 %	5 675	4,4 %	14 820	-2,1 %
France ⁽¹⁾	1 215 595	8,5 %	752 988	2,7 %	195 441	4,2 %	-	-

RMI : Revenu Minimum d'Insertion –
AAH : Allocation d'Adulte Handicapé –
API : Allocation de Parent Isolé –
ASV : Allocation Supplémentaire du minimum Vieillesse

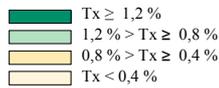
Sources : CNAF - MSA - CRAM - CANCAVA - ORGANIC 2003 et 2004 - Traitement INSEE

⁽¹⁾ Source CNAF uniquement

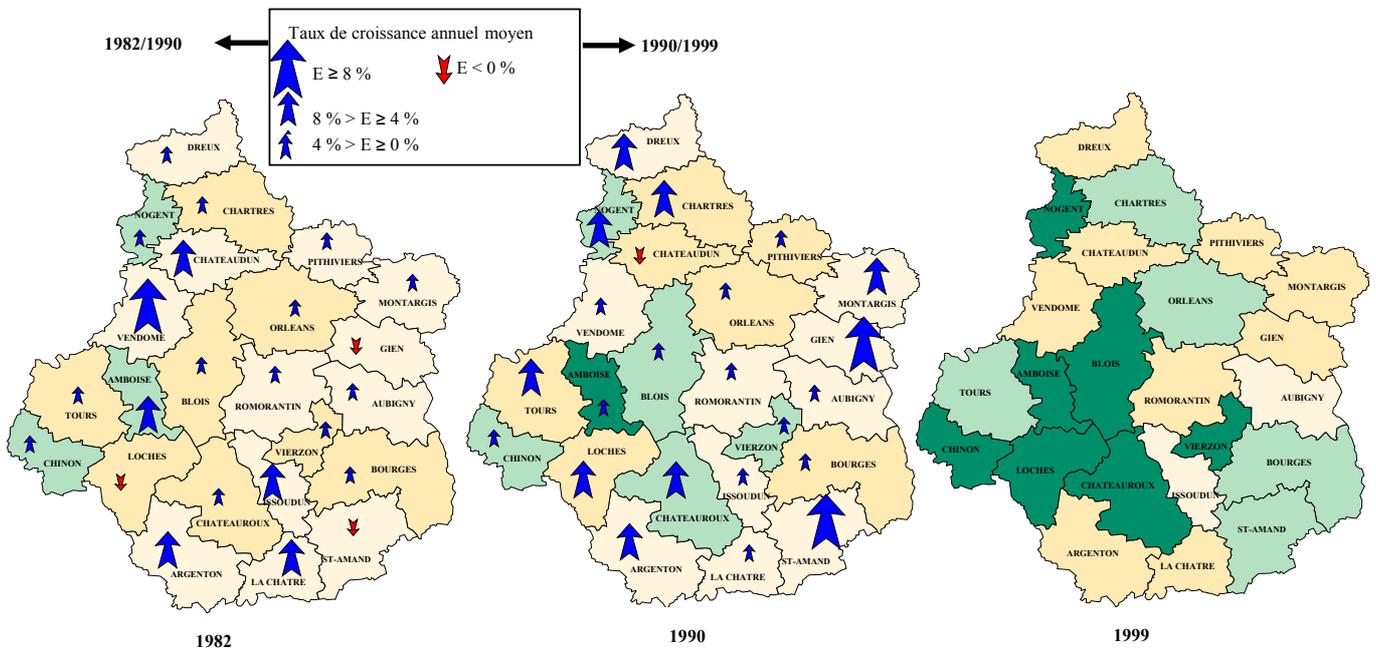
Evolution des emplois des autres professions paramédicales dans les zones d'emploi de la région Centre



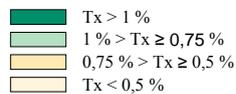
Poids de la famille professionnelle "Professions paramédicales" par rapport au nombre total d'emplois de la zone



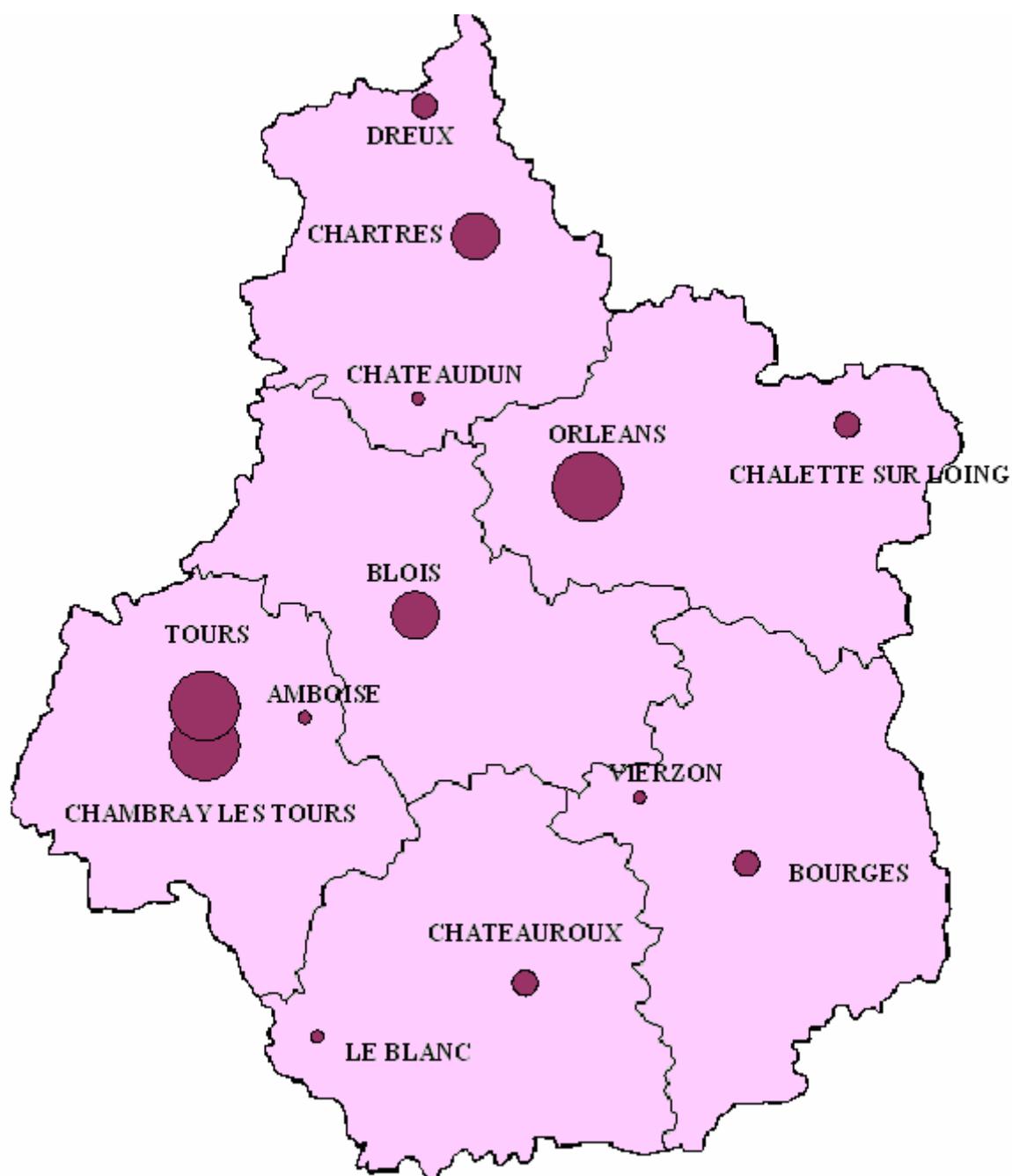
Evolution des emplois des professionnels de l'action sociale dans les zones d'emploi de la région Centre



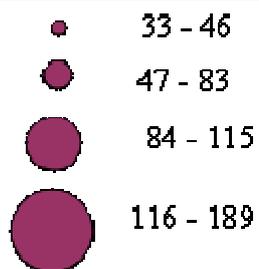
Poids de la famille professionnelle "Professionnels de l'action sociale" par rapport au nombre total d'emplois de la zone



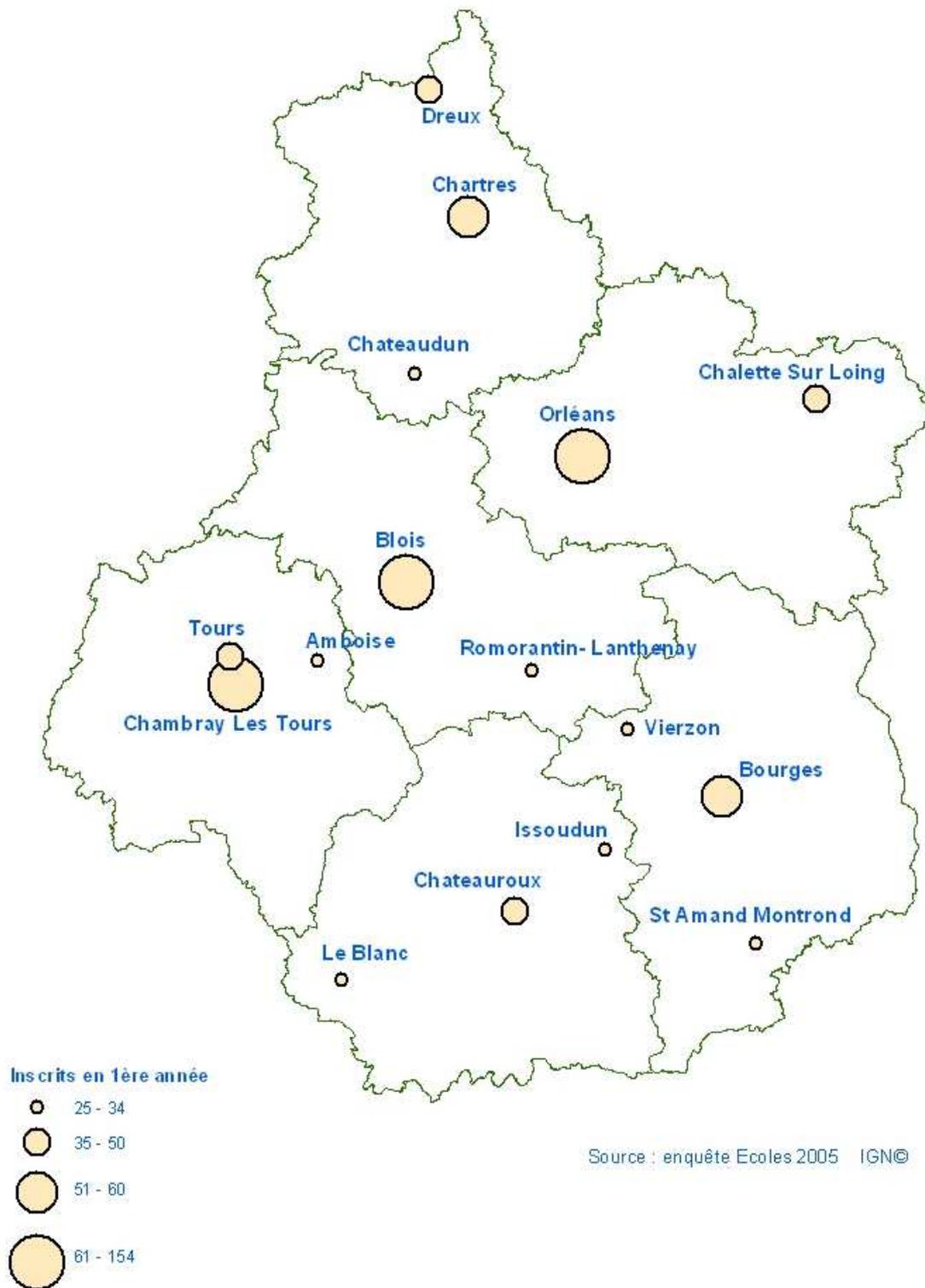
Annexe 3 - Les instituts de formation en soins infirmiers en région Centre



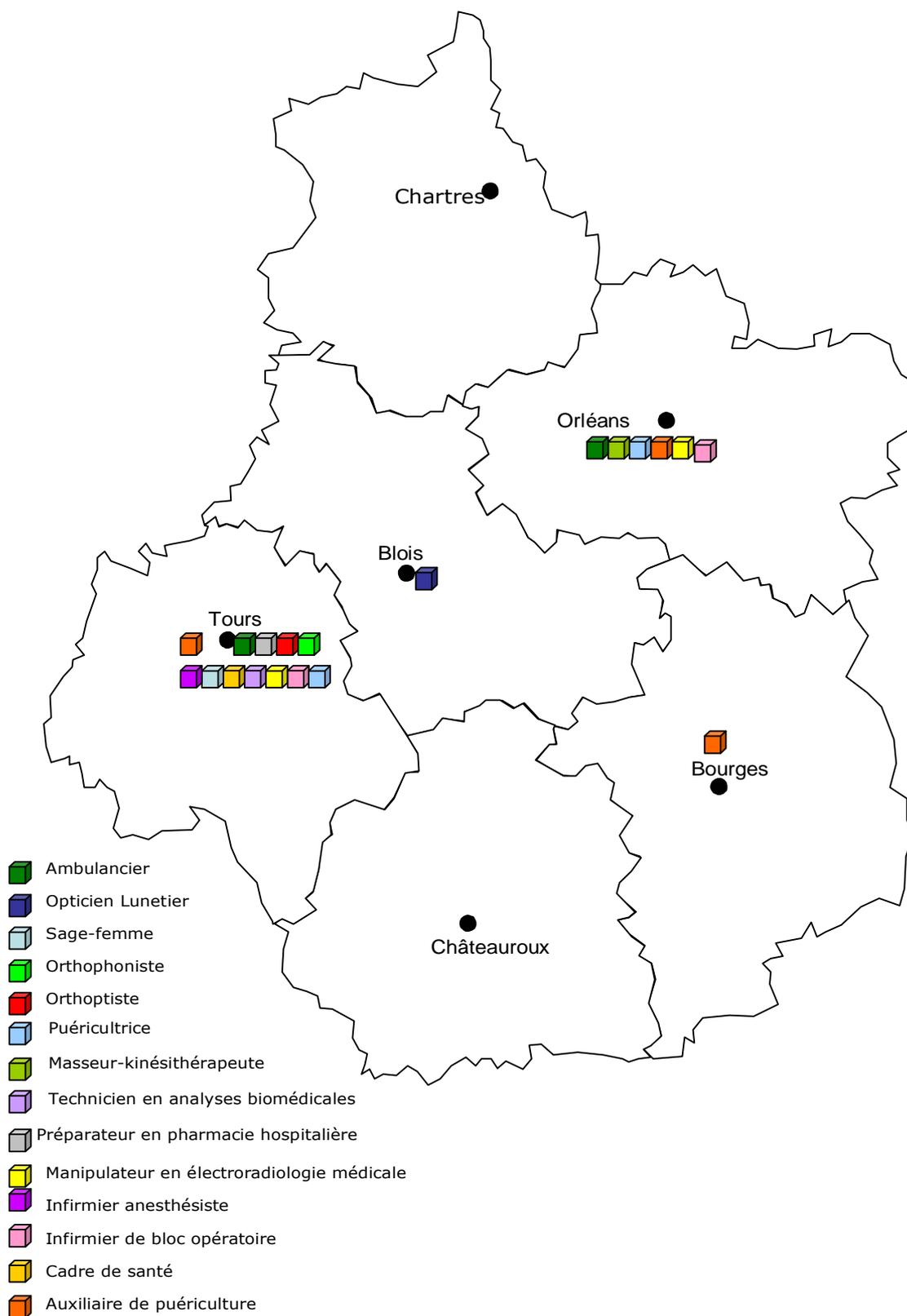
INSCRITS EN 1ERE ANNEE :



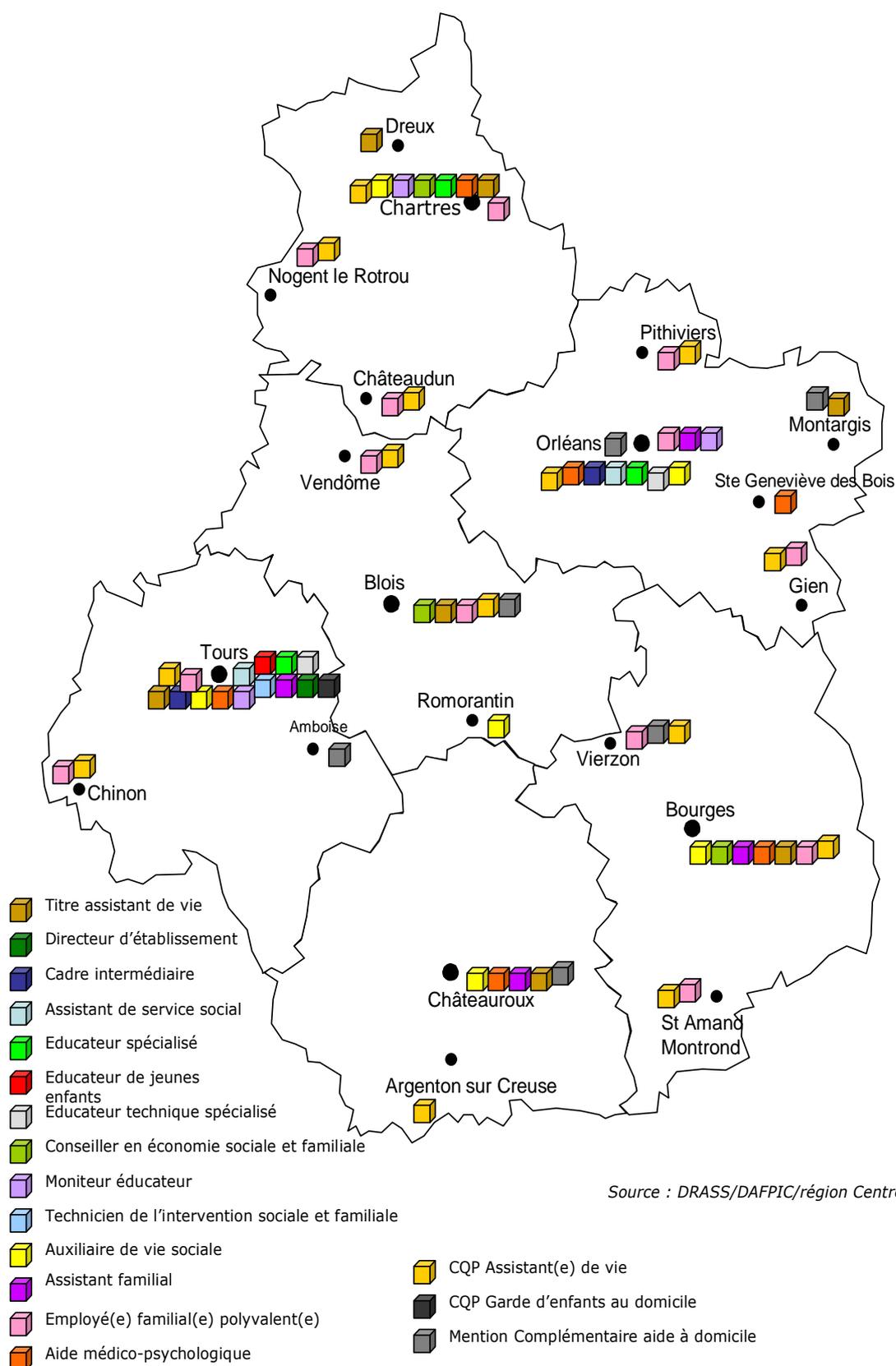
Annexe 4 - Les instituts de formation d'aides-soignants en région Centre



Annexe 5– Les autres formations paramédicales en région Centre



Annexe 6 – L'offre de formation dans le secteur social en région Centre en 2007



Annexe 7 – Les fiches métiers

✚ Filière sanitaire :

- ⇒ Sage-femme
- ⇒ Masseur(se)-kinésithérapeute
- ⇒ Orthophoniste
- ⇒ Orthoptiste
- ⇒ Cadre de santé
- ⇒ Infirmier(ère)
- ⇒ Infirmier(ère) spécialisé(e)
- ⇒ Opticien(ne) lunetier (tière)
- ⇒ Manipulateur(trice) d'électroradiologie médicale/technicien(ne) supérieur(e) en imagerie médicale
- ⇒ Technicien(ne) de laboratoire en analyses biomédicales
- ⇒ Préparateur(trice) en pharmacie hospitalière
- ⇒ Aide-soignant(e)
- ⇒ Auxiliaire de puériculture
- ⇒ Ambulancier(ère)

✚ Filière sociale :

- ⇒ Directeur(trice) d'établissement
- ⇒ Cadre intermédiaire
- ⇒ Assistant(e) de service social
- ⇒ Educateur(trice) spécialisé(e)
- ⇒ Educateur(trice) de jeunes enfants
- ⇒ Educateur(trice) technique spécialisé(e)
- ⇒ Conseiller(ère) en économie sociale et familiale
- ⇒ Moniteur(trice) éducateur(trice)
- ⇒ Aide médico-psychologique
- ⇒ Technicien(ne) de l'intervention sociale et familiale
- ⇒ Auxiliaire de vie sociale
- ⇒ Intervenante(e) à domicile
- ⇒ Assistant(e) familial(e)

FILIERE SANITAIRE : sage-femme

Professionnels en région Centre	Capacité de formation en 1 ^{ère} année	Durée des études	Niveau	Sites de formation en région Centre	Besoins annuels estimés de nouveaux diplômés (nombre ou tendance)	Nombre de diplômés 2006
572	Quota : 30	4 ans	III	1	↗	20

La/le sage femme exerce une profession médicale à compétences définies. Ces compétences comportent la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à accouchement ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant.

C'est le praticien de la physiologie ; en cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, il/elle doit faire appel au médecin. Les prescriptions médicamenteuses, de dispositifs médicaux et d'arrêt de travail que les sages-femmes sont autorisées à effectuer sont prévues par voie réglementaire.

Emplois :

- 88 % de salariés et 12 % de libéraux ;
- besoins réguliers dans les services de la Protection maternelle et infantile des Conseils généraux et les établissements de santé ;
- densité pour 100 000 habitants en région Centre : 23 contre 27 au niveau national ;
- taux de croissance annuel moyen 1999/2005 en région Centre : 3,4 %;
- moyenne d'âge : 42 ans (identique salariés/libéraux) ;
- 27 % ont plus de 50 ans et 14 % ont plus de 55 ans.

Facteurs d'évolution du métier :

- élargissement des compétences en cours qui consacre l'exercice médical de la profession de sage femme ; par ailleurs, développement nécessaire de la complémentarité d'exercice entre gynéco-obstétriciens et sages-femmes.
- renforcement des contraintes juridiques et réglementaires ;
- réorganisation de la périnatalité avec une structuration en réseaux des maternités impliquant des conditions d'exercice différenciées.

Points de vigilance :

- recrutement en lien direct avec la répartition des maternités et la densité des obstétriciens (très touchés par ailleurs par la pénurie en région Centre) ;
- saturation des terrains de stage due à la concentration des plateaux techniques ;
- nombre de terrains de stage insuffisant pour faire face aux besoins, ce qui a entraîné une baisse du quota : de 34 en 2004 à 30 en 2005.

Recommandation :

- préciser les besoins avec les Conseils généraux et l'Observatoire régional de la démographie des professions de santé.

FILIERE SANITAIRE : masseur(se)-kinésithérapeute

Professionnels en région Centre	Capacité de formation en 1 ^{ère} année	Durée des études	Niveau	Sites de formation en région Centre	Besoins annuels estimés de nouveaux diplômés (nombre ou tendance)	Nombre de diplômés 2006
1 781	Quota : 40 (depuis 2005)	3 ans	III	1	↗	24 pour un quota de 27 en 2002 à l'entrée en formation

Le masseur ou la masseuse-kinésithérapeute réalise, de façon manuelle ou instrumentale, des actes fixés par décret, notamment à des fins de rééducation sur prescription médicale, dans le but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et, lorsqu'elles sont altérées, de les rétablir ou d'y suppléer. Il/elle intervient également dans le domaine sportif (remise en forme, relaxation, massages) et en thalassothérapie (balnéothérapie, hydrothérapie).

Emplois :

- 80 % de libéraux ;
- tendance à la féminisation de la profession ;
- taux de croissance annuel moyen 1999/2005 : 1,70 % ;
- densité pour 100 000 habitants en région Centre : 71 contre 100 au niveau national ;
- taux de vacance important dans les hôpitaux : de l'ordre de 20 % ;
- 23,5 % ont plus de 50 ans (estimation 2004 pour le personnel salarié) ;
- pénurie de postes d'encadrement dans le secteur hospitalier.

Facteurs d'évolution du métier :

- développement des réseaux de soins ;
- développement de l'outil informatique.

Points de vigilance :

- réduction du quota des étudiants français en Belgique : de 1 800 à 600 : quel impact sur les instituts français ?
- équipements de rééducation insuffisants en région Centre pour rendre la profession plus attractive ;
- gros écarts de rémunération selon les types d'établissements ;
- besoins croissants en liaison avec le vieillissement de la population ;
- suivi de l'étude en cours de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie en vue d'identifier les zones les plus déficitaires de la région.

Recommandations :

- profiter de la réinstallation de l'école d'Orléans pour anticiper sur les besoins de formation futurs en envisageant d'augmenter le quota de 10 à 20 places d'ici à 2013 ;
- affiner la prospective avec les données du secteur libéral ;
- encourager la formation de cadres ;
- favoriser les évolutions de carrière via le système LMD.

FILIERE SANITAIRE : orthophoniste

Professionnels en région Centre	Capacité de formation en 1 ^{ère} année	Durée des études	Niveau	Sites de formation en région Centre	Besoins annuels estimés de nouveaux diplômés (nombre ou tendance)	Nombre de diplômés 2006
576	Quota : 39	4 ans	III	1	↗	33

L'orthophoniste prévient et prend en charge, sur prescription médicale, les troubles de la communication écrite et orale. Il/elle est amené(e), à ce titre, à s'occuper des malentendants auxquels il apprend à lire et à parler sur les lèvres, d'enfants souffrant de retards d'expression ou de troubles comme le bégaiement ou ayant des difficultés d'apprentissage de la lecture, de l'orthographe, de l'écriture. Il/elle soigne également des adultes ayant des troubles de la voix ou privés de leurs facultés d'expression ou de compréhension (surdité, accidents cérébraux).

Emplois :

- 73 % sont libéraux ;
- taux de croissance annuel moyen sur 1999/2005 : 2,34 % ;
- densité pour 100 000 habitants : 23 en région Centre contre 26 au niveau national ;
- pénurie signalée sur tout le territoire national.

Facteurs d'évolution du métier :

- augmentation des pathologies en pédopsychiatrie et en gériatrie ;
-  volution technologique des équipements ;
- renforcement de la prévention.

Point de vigilance :

- augmentation des besoins en lien avec le vieillissement de la population.

Recommandations :

- affiner les besoins en lien avec l'Observatoire régional de la démographie des professions de santé ;
- recueillir les données statistiques auprès de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie pour les libéraux.

FILIERE SANITAIRE : orthoptiste

Professionnels en région Centre	Capacité de formation en 1 ^{ère} année	Durée des études	Niveau	Sites de formation en Région Centre	Besoins annuels estimés de nouveaux diplômés (nombre ou tendance)	Nombre de diplômés 2006
66	3	3 ans	III	1	↗	3

L'orthoptiste assure, par la rééducation, le traitement des troubles de la fonction sensorielle et motrice des yeux (strabisme, paralysie oculomotrice...). Il/elle travaille sur prescription médicale : 80 % de ses actes sont prescrits par les ophtalmologistes. La pratique de l'orthoptie s'articule autour de trois éléments : le bilan, la rééducation orthoptique et la rééducation fonctionnelle du trouble visuel.

Emplois :

- 74 % sont libéraux ;
- Taux de croissance annuel moyen 1999/2005 : 1,69 % ;
- densité pour 100 000 habitants en région Centre : 3 contre 4 au niveau national.

Facteurs d'évolution du métier :

- transferts d'actes envisageables d'ophtalmologiste vers orthoptiste ;
- renforcement des contraintes réglementaires (notamment pour les personnes âgées et la petite enfance) ;
- développement des outils informatiques.

Point de vigilance :

- impact des transferts d'actes éventuels des ophtalmologistes vers les orthoptistes.

Recommandations :

- affiner les besoins en lien avec l'Observatoire régional de la démographie des professions de santé ;
- recueillir les données statistiques auprès de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie.

FILIERE SANITAIRE : cadre de santé

Professionnels en région Centre	Capacité de formation annuelle	Durée des études	Niveau	Sites de formation en région Centre	Besoins annuels estimés de nouveaux diplômés (nombre ou tendance)	Nombre de diplômés 2006
1 039	55	1 an	Non homologué par niveau	1	↗	54

Cadre intermédiaire ou cadre supérieur, le cadre de santé a pour mission d'organiser des activités paramédicales, d'animer les équipes placées sous sa responsabilité et de coordonner les moyens mis en œuvre au sein d'une unité de soins, d'un ou de plusieurs services.

Emplois :

- emplois répartis entre le secteur public (823) et le secteur privé (216) ;
- fonction clé pour assurer la qualité du management et la coordination des activités ;
- de nombreux faisant fonction ;
- besoins très importants liés aux départs en retraite dans tous les secteurs d'activité mais quantifiés uniquement dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées : 120 départs dans les 3 ans ;
- besoins en instituts de formation.

Facteurs d'évolution du métier :

- regroupements d'activité par pôle et fonctionnement interprofessionnel ;
- renforcement des contraintes juridiques et réglementaires (application des protocoles, traçabilité des activités, tarification à l'activité, gestion des risques, conditions de travail...) ;
- évolution technologique des équipements, des matériels et des pratiques ;
- développement des réseaux de soins et de coordination ;
- gestion des compétences et évaluation des pratiques professionnelles.

Recommandation :

- augmenter les financements de formation en promotion professionnelle (à la charge des employeurs).

FILIERE SANITAIRE : infirmier(ère)

Professionnels en région Centre	Capacité de formation en 1 ^{ère} année	Durée des études	Niveau	Sites de formation en région centre	Besoins annuels estimés de nouveaux diplômés (nombre ou tendance)	Nombre de diplômés 2006
14 791	Quota : 1 137	3 ans	III	13	950	883

Le métier d'infirmier(ère) est très diversifié. L'infirmier(ère) peut exercer dans de multiples secteurs d'activité : celui des soins (médecine, obstétrique, chirurgie, psychiatrie...), de la prévention (médecine du travail, Education nationale) ou de l'action humanitaire. Par ailleurs le diplôme étant reconnu dans toute l'Union Européenne, il permet une liberté de circulation totale. En outre, le métier offre de multiples perspectives de carrière, tant en matière de spécialisation (infirmier anesthésiste, infirmier de bloc opératoire, puéricultrice) que d'encadrement (cadre de santé, directeur de soins).

Emplois :

- forte féminisation de la profession : 90 % ;
- 88 % de salariés et 12 % de libéraux ;
- densité pour 100 000 habitants en région Centre : 593 contre 750 au niveau national ;
- taux de croissance annuel moyen 1999/2005: 2,06 %, soit en moyenne 320 nouveaux emplois par an ;
- moyenne d'âge : 41 ans (25 % ont plus de 50 ans et 12 % plus de 55 ans) ;
- nombre de départs à la retraite annuel estimé: 620 ;
- selon la projection de la Direction de l'Animation, de la Recherche, des Etudes et des Statistiques du Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité (« les métiers en 2015 »), les besoins au niveau national entre 2005 et 2015 sont de 201 000 personnes pour couvrir les besoins de renouvellement de personnel et la création de nouveaux postes ;
- difficultés de recrutement dans les établissements pour personnes âgées, les établissements psychiatriques et en zone rurale.

Facteurs d'évolution du métier :

- les transferts d'actes des médecins vers les infirmiers ;
- développement des réseaux de soins et des tâches de coordination, de prévention et d'éducation ;
- évaluation des pratiques professionnelles et développement des démarches qualité et de sécurité sanitaire ;
- risque de judiciarisation des actes de santé nécessitant la mise en place d'une traçabilité de toutes les étapes de la prise en charge du patient ;
- augmentation des pathologies chroniques et des soins de longue durée ;
- développement de l'utilisation de l'outil informatique.

Points de vigilance :

- taux de rotation (usure, attractivité du secteur libéral et à terme des maisons de santé pluridisciplinaires) ;
- évolution des besoins de la population vieillissante (développement attendu des services de soins à domicile) ;
- conditions de formation préoccupantes notamment au niveau des terrains de stage ;
- taux d'abandon important en cours de formation : de l'ordre de 25 % en moyenne.

Recommandations :

- maintenir dans l'immédiat le quota afin de ne pas saturer les terrains de stage ;
- affiner les projections statistiques (départs en retraite, données du secteur libéral) ;
- réduire le taux d'abandon en cours de formation, (gain potentiel de diplômés : 100 par an) ;
- affiner les besoins par établissement et par territoire en liaison avec le SROS et les projets d'établissements ;
- anticiper les transferts d'actes en positionnant la région Centre comme région pilote ;
- travailler sur la représentation du métier, notamment auprès du public masculin ;
- soutenir les promotions professionnelles par la formation continue notamment dans les établissements pour personnes âgées.

FILIERE SANITAIRE : Infirmier(ère) spécialisé(e)						
Professionnels en région Centre	Capacité de formation en 1 ^{ère} année	Durée des études	Niveau	Sites de formation en région Centre	Besoins annuels estimés de nouveaux diplômés (nombre ou tendance)	Nombre de diplômés 2006
Puéricultrices : 332	45	1 an	Non homologués par niveau	2	↗	41
Anesthésistes : 190	20	2 ans		1		14
Infirmiers de bloc opératoire : 161	45	1,5 an		2		21

La puéricultrice (ou puériculteur) est chargée de répondre aux besoins de santé des enfants en bas âge, dans leur famille, dans un établissement d'accueil ou en milieu hospitalier. Elle participe aussi à des actions de prévention.

L'infirmier(ère) anesthésiste réalise des soins infirmiers d'anesthésie ou de réanimation en accompagnant le patient, dans les domaines de l'intervention chirurgicale, du traitement de la douleur, de l'urgence ou de la réanimation.

L'infirmier(ère) de bloc opératoire réalise des soins infirmiers et organise les activités en salle d'intervention visant au bon déroulement de l'acte opératoire et à l'accompagnement du patient.

Emplois :

Infirmiers(ères) de bloc opératoire diplômé(es) d'Etat (IBODE) et infirmiers(ères) anesthésistes diplômé(es) d'Etat (IADE) :

- malgré la croissance des effectifs, les besoins restent insuffisamment couverts, notamment dans le secteur privé pour les IBODE ;
- présence de nombreux faisant fonction pour les IBODE (en 2000, sur le plan national, seul un sur trois était diplômé) ;
- désaffectation vis-à-vis de la profession (peu de reconnaissance en terme de compétences et de salaire).

Puéricultrices et puériculteurs :

- emplois répartis dans l'hospitalier, les collectivités territoriales (dont les Conseils généraux), et les organismes gestionnaires de crèches.

Facteurs d'évolution des métiers :

Pour les trois professions :

- développement des outils informatiques ;
- développement des réseaux de soins ;

- évaluation des pratiques professionnelles et développement des démarches qualité et de sécurité sanitaire ;
- évolution des professions paramédicales dans le cadre de transferts d'activités et de compétences.

Pour les IBODE et les IADE :

- judiciarisation des actes de santé nécessitant la mise en place d'une traçabilité de toutes les étapes de la prise en charge du patient ;
- renforcement de la lutte contre les infections nosocomiales ;
- évolution technologique des matériels et des équipements.

Pour les puéricultrices et les puériculteurs :

- renforcement des contraintes juridiques et réglementaires dans le domaine de la prise en charge des enfants et de leurs familles ;
- réorganisation de la périnatalité ;
- évolution des politiques des collectivités territoriales dont les Conseils généraux.

Points de vigilance :

- pour les IBODE : forte attente de la mise en place de la VAE, ce qui peut expliquer la désaffection du nombre de candidats à l'entrée en formation ;
- pour les IBODE et IADE : vacance de postes.

Recommandations :

Pour les IBODE et les IADE :

- augmenter les financements des formations en promotion professionnelle, (à la charge de l'employeur), en vue d'atteindre 100 % de la capacité de formation ;
- sensibiliser les élèves infirmiers à ces spécialités.

Pour les puéricultrices et les puériculteurs :

- concertation avec les employeurs pour affiner les besoins.

FILIERE SANITAIRE : opticien(ne) lunetier (ière)						
Professionnels en région Centre	Capacité de formation en 1 ^{ère} année	Durée des études	Niveau	Sites de formation en région Centre	Besoins annuels estimés de nouveaux diplômés (nombre ou tendance)	Nombre de diplômés 2006
541	18	2 ans	III	1	Besoins non quantifiés	12

L'opticien(ne) lunetier (ière) est un(e) professionnel(le) qui réalise, adapte, vend des articles destinés à corriger les défauts ou déficiences de la vue sur prescription médicale et conseille les utilisateurs des matériels fournis. Il/elle commercialise également des fournitures telles que lunettes de soleil, étuis, produits d'entretien, instruments d'optique et de mesure. Le caractère commercial de son métier est important.

Emplois :

- 11 900 recensés en France ;
- Densité pour 100 000 habitants en région Centre : 22 contre 27 au niveau national ;
- profession jeune répartie de façon assez homogène sur le territoire national ;
- pas de pénurie signalée.

Recommandation :

- concertation avec le Rectorat pour adapter le flux des diplômés aux besoins qui auront pu être identifiés.

**FILIERE SANITAIRE : manipulateur(trice) d'électroradiologie médicale ⁽¹⁾
technicien(ne) supérieur(e) en imagerie médicale ⁽²⁾**

Professionnels en région Centre	Capacité de formation en 1 ^{ère} année	Durée des études	Niveau	Sites de formation en région Centre	Besoins annuels estimés de nouveaux diplômés (nombre ou tendance)	Nombre de diplômés 2006
881	⁽¹⁾ 35	3 ans	III	1 (Tours)	↗	29
	⁽²⁾ 20	3 ans	III	1 (Orléans)	↗	14

Rappel : ce métier est accessible avec deux diplômes : le diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale délivré par le Ministère de la Santé **(1)** et le diplôme de Technicien Supérieur en imagerie médicale et radiologie thérapeutique délivré par le Ministère de l'Education nationale **(2)** aux contenus très proches.

Le manipulateur ou la manipulatrice d'électroradiologie médicale réalise des actes relevant de l'imagerie médicale, de la médecine nucléaire, des explorations fonctionnelles et de la radiothérapie qui concourent à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et à la recherche.

Emplois :

- 881 emplois recensés dont environ 500 dans le secteur hospitalier ;
- densité pour 100 000 habitants en région Centre : 35 contre 42 au niveau national ;
- depuis 2003, renversement de la tendance de recrutement au profit des secteurs public et privé non lucratif : 57 % des recrutements en 2006 au niveau national ;
- âge moyen constaté au niveau national : 41 ans en 2004 avec 58 % de plus de 40 ans.

Facteurs d'évolution du métier :

- évolution des technologies de communication et des dispositifs informatiques ;
- risque de judiciarisation des actes de santé nécessitant la traçabilité de toutes les étapes de la prise en charge du patient ;
- renforcement de la réglementation en radio protection ;
- évolution des professions paramédicales dans le cadre des transferts d'activités et de compétences.

Points de vigilance :

- la concurrence que se livrent de plus en plus les secteurs public et privé pour le recrutement ;
- le taux de fuite des diplômés en dehors de la région ;
- l'adéquation entre les besoins en effectifs et l'utilisation maximale des plateaux techniques.

Recommandations :

- atteindre la capacité autorisée de 35 élèves en première année à l'institut de Tours alors que celui-ci n'accueille pour l'instant que 30 étudiants ;
- conforter la formation dispensée par l'Education nationale permettant la complémentarité de l'offre sur le nord de la région ;
- compléter les données statistiques propres à la région (données du secteur privé, pyramide des âges des professionnels, recensement des postes vacants) ;
- mieux faire connaître ce métier auprès des jeunes.

FILIERE SANITAIRE : technicien(ne) de laboratoire en analyses biomédicales

Professionnels en région Centre	Capacité de formation en 1 ^{ère} année	Durée des études	Niveau	Sites de formation en région Centre (pour le diplôme d'Etat)	Besoins annuels estimés de nouveaux diplômés (nombre ou tendance)	Nombre de diplômés 2006
1 229	32	3 ans	III	1	↗	21

Ce métier est également accessible par le BTS analyses de biologie médicale dispensé en région Centre par un lycée professionnel privé à Tours sous contrat avec l'Education nationale et un lycée général et technologique à Dreux avec une capacité totale de 60 places sur les 2 sites en 1^{ère} année.

Le/la technicien(ne) de laboratoire en analyses biomédicales réalise et traite des prélèvements biologiques à des fins d'analyses biomédicales qui concourent à la prévention, au dépistage, au traitement et à la recherche.

Emplois :

- 1 229 emplois en 2004 répartis entre le secteur hospitalier (549) et les laboratoires privés (680) ;
- taux de croissance annuel moyen de 2001 à 2004 dans l'hospitalier : 3,7 %.

Facteurs d'évolution du métier :

- développement de l'automatisation des analyses ;
- évolution des sciences analytiques et de la biologie ;
- évolution des technologies de communication et des dispositifs informatiques.

Point de vigilance :

- les frais de scolarité très élevés demandés aux élèves : 2 600 € par an ;

Recommandations :

- maintenir la capacité actuelle de formation ;
- compléter les données statistiques propres à la région Centre (données du secteur privé, pyramide des âges des professionnels) ;
- mieux faire connaître ce métier auprès des jeunes.

FILIERE SANITAIRE : préparateur(trice) en pharmacie hospitalière

Professionnels en région Centre	Capacité de formation en 1 ^{ère} année	Durée des études	Niveau	Sites de formation en région Centre	Besoins annuels estimés de nouveaux diplômés (nombre ou tendance)	Nombre de diplômés 2006
299	20	1 an	III	1	↗	20

Le préparateur ou la préparatrice en pharmacie hospitalière prépare et délivre des médicaments et des dispositifs médicaux et concourt aux opérations de stérilisation.

Emplois :

- 299 emplois dans le secteur hospitalier avec un taux de croissance annuel moyen de 5 % par an entre 2001 et 2005 ;
- présence de faisant fonction.

Facteurs d'évolution du métier :

- évolution technologique des méthodes de soins et des matériels (stérilisation, radio-pharmacie...) ;
- renforcement de la sécurité sanitaire ;
- adaptation des posologies pour les patients ;
- automatisation des tâches.

Point de vigilance :

- formation dispensée jusqu'alors par apprentissage pour l'inter régions Bretagne/Pays de la Loire/Centre et désormais ouverte en formation continue, formation initiale et par la validation des acquis de l'expérience. Prises en charge financière à définir.

Recommandation :

- étudier avec l'institut concerné les modalités de prise en charge des places supplémentaires en formation initiale et étudier la possibilité d'augmenter la capacité d'accueil par apprentissage en lien avec l'inter régions Bretagne/Centre/Pays de la Loire.

FILIERE SANITAIRE : aide-soignant(e)

Professionnels en région Centre	Capacité de formation annuelle	Durée des études	Niveau	Sites de formation en région Centre	Besoins annuels estimés de nouveaux diplômés (nombre ou tendance)	Nombre de diplômés 2006
15 186	877*	1 an	V	18	1 100	1 192**

**la capacité annuelle de formation affichée prend en compte les formations dispensées au sein des établissements de l'Education nationale, soit au total 65 places réparties entre Blois (25 places), Orléans (25 places) et Châteauroux (15 places).*

***nombre de diplômés exceptionnellement élevé compte tenu du report de sorties d'un certain nombre de scolarités de 2005 sur 2006 et du nombre de diplômes délivrés au titre d'équivalences ou de la validation des acquis de l'expérience.*

L'aide-soignant(e) contribue à une prise en charge globale des personnes en liaison avec les autres intervenants au sein d'une équipe pluridisciplinaire, en milieu hospitalier ou extra-hospitalier, dans le secteur médical, social ou médico-social. Au sein de cette équipe, il/elle dispense, en collaboration et sous la responsabilité de l'infirmier, les soins visant à répondre aux besoins d'entretien et de continuité de la vie de l'être humain et à compenser partiellement un manque ou une diminution d'autonomie de la personne.

Emplois :

- emplois répartis entre le secteur hospitalier (10 189 en 2004), les établissements d'hébergement pour personnes âgées (3 941 au 31 décembre 2003), les services de soins à domicile (716 au 31 décembre 2002) et les établissements accueillant des publics handicapés (340 au 31 décembre 2001) ;
- 16 % du personnel des établissements pour personnes âgées ont plus de 50 ans et 5,5 % plus de 55 ans ;
- augmentation de 16 % des effectifs entre 1995 et 2004 ;
- besoins très importants : à titre d'illustration, l'application du ratio en EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) d'un aide-soignant pour 10 résidents nécessiterait à lui seul la création de 5 000 postes supplémentaires en région Centre ;
- selon la projection de la Direction de l'Animation, de la Recherche, des Etudes et des Statistiques du Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité (« Les métiers en 2015 ») les besoins au niveau national entre 2005 et 2015 sont de 258 000 personnes pour couvrir le renouvellement de personnel et la création de nouveaux postes ;
- féminisation très importante ;
- présence de faisant fonction : dans les seuls EHPAD, 4 219 ASH (Agents des services hospitaliers), sur les 5 626 recensés en 2003, faisaient fonction d'aide-soignant.

Facteurs d'évolution du métier :

- augmentation des pathologies chroniques et des soins de longue durée liés à l'allongement de la durée de vie ;
- modification de la demande du patient : information, qualité du service...
- modification des modes de prise en charge : hospitalisation de courte durée, hospitalisation de jour ;
- introduction de logiciels de gestion dans les établissements de soins ;
- ouverture sur les réseaux pluri professionnels de prise en charge ;
- ouverture de postes en santé mentale.

Points de vigilance :

- mesurer l'impact de la VAE sur l'organisation de la profession ; en 2006/2007, sur les 492 candidats qui se sont présentés devant un jury en 2006/2007, 150 ont obtenu le diplôme et 264 ont obtenu une validation partielle du diplôme; comment seront intégrés les nouveaux diplômés ? Les postes correspondants seront-ils créés ?
- suivre avec attention la solvabilité des besoins, notamment dans les EHPAD ;
- organisation de la formation dans les instituts qui devront accueillir des effectifs exprimant des demandes différentes en fonction de leurs besoins (formations complètes ou partielles).

Recommandations :

- accompagner la mise en place de la VAE ;
- affiner les besoins par territoire tout en visant l'objectif de diplômer 1 100 aides-soignants par an à l'horizon 2013 ;
- articuler dans les territoires les formations généralistes proposées par les Ministères de l'Education nationale et de l'Agriculture et de la Pêche ;
- conforter les actions préparatoires au concours ;
- attirer plus de garçons sur ce métier ;
- maintenir la concertation avec les Conseils généraux et la DRASS sur l'expression des besoins.

FILIERE SANITAIRE : auxiliaire de puériculture

Professionnels en région Centre	Capacité de formation annuelle	Durée Des études	Niveau	Sites de formation en région Centre	Besoins annuels estimés de nouveaux diplômés (nombre ou tendance)	Nombre de diplômés 2006
1 372	60	1 an	V	3	Besoins non quantifiés	89*

* nombre de diplômés exceptionnellement élevé compte tenu du report de sorties d'un certain nombre de scolarités de 2005 sur 2006.

L'auxiliaire de puériculture apporte les soins aux nouveaux-nés et accompagne les jeunes enfants dans leurs apprentissages Il/elle participe à la prise en charge individuelle jusqu'à l'adolescence de l'enfant bien portant, malade ou handicapé. Il/elle répond aux besoins quotidiens de l'enfant, participe aux soins qui lui sont donnés et organise des activités d'éveil.

Emplois :

- 1 372 emplois repérés et répartis entre le secteur hospitalier (600 en 2004) et la fonction publique territoriale (772 en 2003) ;
- stabilisation des effectifs dans le secteur hospitalier depuis 2001 et augmentation de 49 emplois dans la fonction publique territoriale entre 2001 et 2003.

Facteurs d'évolution du métier :

- modification de la demande du patient : information, qualité du service...
- modification des modes de prise en charge : hospitalisation de courte durée, hospitalisation de jour ;
- introduction de logiciels de gestion dans les établissements de soins ;
- évolution du métier vers des activités d'aide et de support social et familial auprès de l'enfant et de la famille.

Points de vigilance :

- diplôme désormais ouvert à la VAE : au 1^{er} juin 2007, 100 dossiers ont été déclarés recevables ;
- réticence du secteur hospitalier à recruter ce personnel (pas assez polyvalent) ;
- concurrence possible avec d'autres diplômes pour le recrutement (dont le CAP Petite enfance).

Recommandations :

- adapter l'offre de formation à la demande, notamment en lien avec les collectivités territoriales, les associations et les entreprises ;
- encourager les passerelles avec d'autres diplômes (aide-soignant, auxiliaire de vie sociale, aide médico-psychologique) pour favoriser la mobilité professionnelle.

FILIERE SANITAIRE : ambulancier(ère)

Professionnels en région Centre	Capacité de formation annuelle	Durée des études	Niveau	Sites de formation en région Centre	Besoins annuels estimés de nouveaux diplômés (nombre ou tendance)	Nombre de diplômés 2006
2 047	65X2	630 heures	V	2	Besoins non quantifiés	134

L'ambulancier(ère) transporte et accompagne dans des véhicules affectés à cet usage des personnes malades, blessées, handicapées ou âgées vers les établissements de soins, les établissements d'accueil et les maisons de retraite. Il/elle est formé(e) aux différentes techniques d'intervention de secours, maîtrise l'utilisation du matériel de soins et du matériel de transmission et veille à l'application des méthodes d'hygiène.

Emplois :

- 2 047 emplois répartis à 90 % dans des entreprises de transport privé (238 recensées par le cabinet GESTE) ;
- très fort taux de rotation dû notamment aux conditions de travail.

Facteurs d'évolution du métier :

- augmentation du nombre de transports spécifiques ;
- augmentation des protocoles et procédures de traçabilité concernant la qualité et la sécurité du service.

Point de vigilance :

- le diplôme d'Etat d'ambulancier remplace le Certificat de capacité d'ambulancier et permet une passerelle avec le diplôme d'aide-soignant; à ce titre, il est un tremplin intéressant pour des jeunes de faible niveau de qualification pour intégrer les professions de santé et y attirer notamment plus de garçons.

Recommandations :

- intégrer la préparation au concours d'ambulancier aux actions de préparation aux concours du secteur sanitaire et social financées par la Région ;
- mieux faire connaître ce métier, notamment auprès du public masculin ;
- concertation avec les professionnels pour développer le contrat de professionnalisation ou d'apprentissage.

Les capacités de formation indiquées pour les formations du secteur social concernent toutes les voies d'accès : initiale (dont l'apprentissage), continue et validation des acquis de l'expérience

FILIERE SOCIALE : directeur(trice) d'établissement						
Professionnels en région Centre	Capacité de formation en 1ère année	Durée des études	Niveau	Sites de formation en région Centre	Besoins annuels estimés de nouveaux diplômés (nombre ou tendance)	Nombre de diplômés 2005
1000 (estimation)	Capacité envisagée : 39 pour le DEIS et le CAFDEISIS (déclarations préalables en cours)	24 à 30 mois	I	1	48 (estimation partielle)	6 (CAFDEISIS) 12 (DSTS remplacé par le DEIS)

Le directeur ou la directrice d'un établissement social ou médico-social est responsable d'un lieu de vie ou d'un service qui déploie, en fonction des types de publics accueillis ou pris en charge des activités et des actions sociales, psycho-éducatives, médicales, pédagogiques et techniques. Il/elle coordonne l'ensemble des activités de l'établissement ou du service et en assume la gestion administrative et financière.

Emplois :

- répartis entre les établissements pour publics handicapés et en difficulté et les EHPAD ;
- la moitié des effectifs à renouveler d'ici à 2011 dans les établissements pour publics handicapés et en difficulté.
- 40 % des effectifs à remplacer d'ici à 2013 dans les EHPAD.
- présence de faisant fonction.

Facteurs d'évolution du métier :

- développement du travail en réseau et développement des démarches de contractualisation ;
- procédures d'évaluation interne et externe des établissements médico-sociaux ;
- augmentation de l'exigence de qualité en lien avec le développement des droits des usagers ;
- appropriation dans les projets d'établissement des dispositifs de la loi de 2002 sur la rénovation de l'action sociale et médico-sociale et de la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ;
- développement des nouvelles technologies de l'information ;
- mise en place progressive de la GPEC (gestion prévisionnelle des emplois et des compétences).

Point de vigilance

- impact de l'étude en cours menée par la branche professionnelle de l'action sanitaire et sociale sur les formations à mettre en place dans le cadre du plan de formation continue du personnel.

Recommandations :

- soutenir et accompagner la VAE pour accéder au CAFDESIS et prévoir le financement des formations modulaires post-VAE ;
- envisager le financement de places en formation complète.

FILIERE SOCIALE : cadre intermédiaire

Professionnels en région Centre	Capacité de formation en 1 ^{ère} année	Durée des études	Niveau	Sites de formation en région Centre	Besoins annuels estimés de nouveaux diplômés (nombre ou tendance)	Nombre de diplômés 2005
Entre 2 000 et 2 500	Capacité envisagée : 55 (déclarations préalables en cours)	2 ans max	II	2	44 (estimation partielle)	0

Le cadre intermédiaire joue le rôle d'interface entre la direction et les équipes socio-éducatives. Il/elle a pour mission principale l'encadrement des équipes et la coordination des actions engagées auprès des usagers.

Emplois :

- 30 % des effectifs à renouveler d'ici à 2011 dans les établissements pour personnes handicapées et en difficulté ;
- 57 % des effectifs à renouveler d'ici à 2013 dans les EHPAD.

Facteurs d'évolution du métier :

- conduite et management de projet ;
- développement du travail en réseau ;
- augmentation de l'exigence de qualité en lien avec le développement des droits des usagers et les attentes de ces derniers ;
- développement des nouvelles technologies de l'information.

Point de vigilance :

- impact de l'étude en cours menée par la branche professionnelle de l'action sanitaire et sociale sur les formations à mettre en place dans le cadre du plan de formation continue du personnel en lien avec le développement du travail en réseau.

Recommandations :

- soutenir et accompagner la VAE pour accéder au CAFERUIS et prévoir le financement des formations modulaires post VAE ;
- envisager le financement de places en formation complète pour accéder au CAFERUIS.

FILIERE SOCIALE : assistant(e) de service social

Professionnels en région Centre	Capacité de formation en 1 ^{ère} année	Durée des études	Niveau	Sites de formation en région Centre	Besoins annuels estimés de nouveaux diplômés (nombre ou tendance)	Nombre de diplômés 2005
1500 (estimation)	100 (sept 2007)	3 ans	III	2	Renouvellement assuré avec la capacité actuelle	84

L'assistant(e) de service social agit auprès de personnes, de familles ou de groupes pour améliorer leurs conditions de vie sur le plan social, économique ou culturel. Il/elle les aide à surmonter leurs difficultés et à développer leurs capacités propres afin de maintenir ou de restaurer leur autonomie et de faciliter leur insertion. Il/elle peut être spécialisé(e) sur des champs ou des publics particuliers.

Emplois :

- la moitié de l'effectif est salariée des Conseils généraux ;
- personnel relativement jeune ;
- pas de problème immédiat de renouvellement de personnel ;
- difficultés de recrutement et de fidélisation du personnel signalées en Eure-et-Loir.

Facteurs d'évolution du métier :

- augmentation de la précarité des populations prises en charge et diversification des publics dont les jeunes ;
- intégration du nouveau référentiel professionnel dans les pratiques et les organisations (développement de l'intervention d'intérêt collectif) ;
- recherche des complémentarités des interventions entre les différents acteurs sociaux ;
- accroissement du vieillissement et des situations de dépendance.

Point de vigilance :

- l'impact de la réforme juridique des tutelles et curatelles d'Etat sur la création éventuelle d'emplois.

Recommandations :

- maintenir la capacité de l'offre de formation globale ;
- étudier la faisabilité d'expérimenter la voie de l'apprentissage en Eure-et-Loir afin de fidéliser le personnel sur des postes identifiés (projet à monter avec un établissement de formation de la région Centre).

FILIERE SOCIALE : éducateur(trice) spécialisé(e)

Professionnels en région Centre	Capacité de formation en 1 ^{ère} année	Durée des études	Niveau	Sites de formation en région Centre	Besoins annuels estimés de nouveaux diplômés (nombre ou tendance)	Nombre de diplômés 2005
Entre 2500 et 3500	Capacité envisagée : 300 (déclarations préalables en cours)	3 ans	III	3	183 (estimation partielle)	180

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

Emplois :

- tendance à la stabilité des effectifs ;
- taux de renouvellement à prévoir dans les 5 ans : 20 % ;
- difficultés de recrutement dans les établissements disposant d'un internat ;
- présence de faisant fonction.

Facteurs d'évolution du métier :

- judiciarisation des activités sociales ;
- évolution des publics accueillis et diversification des modes d'intervention ;
- développement de la fonction en lien avec des politiques de développement territorial (politique de la ville par exemple) vers la prévention, l'insertion sociale et professionnelle ;
- travail en multi partenariat ;
- évolution possible du positionnement dans le cadre de la loi de mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.

Point de vigilance :

- l'intégration dans les établissements des diplômés via la VAE (à quelles conditions ?).

Recommandations :

- maintenir la capacité globale de l'offre de formation ;
- conforter et soutenir le développement de l'apprentissage ;
- accompagner la mise en place de la VAE.

FILIERE SOCIALE : éducateur(trice) de jeunes enfants

Professionnels en région Centre	Capacité de formation en 1 ^{ère} année	Durée des études	Niveau	Sites de formation en région Centre	Besoins annuels estimés de nouveaux diplômés (nombre ou tendance)	Nombre de diplômés 2005
Entre 300 et 400	60 (sept 2007)	3 ans	III	1	Besoins non quantifiés	37

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

Emplois :

- personnel essentiellement présent dans la fonction publique territoriale (272 personnes au 31.12.2003) ;
- possibilité d'occuper un poste de directeur de crèches pour les unités accueillant moins de 20 enfants.

Facteurs d'évolution du métier :

- connaissances accrues en matière de protection de l'enfance ;
- ouverture vers des fonctions de direction de structures d'accueil de jeunes enfants.

Point de vigilance :

- suivre et évaluer la mise en place de l'apprentissage décidée en 2006.

Recommandations :

- maintenir la capacité globale de l'offre de formation ;
- affiner les besoins avec les collectivités territoriales.

FILIERE SOCIALE : éducateur(trice) technique spécialisé(e)

Professionnels en région Centre	Capacité de formation en 1 ^{ère} année	Durée des études	Niveau	Sites de formation en région Centre	Besoins annuels estimés de nouveaux diplômés (nombre ou tendance)	Nombre de diplômés 2005
220 (estimation)	50 (sept 2007)	3 ans	III	2	30 (estimation partielle)	25

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

Emplois :

- personnel présent essentiellement dans les établissements pour personnes handicapées ;
- effectif stable mais besoins croissants en lien avec les ESAT (Etablissements de service et d'aide par le travail) ;
- 40 % du personnel à renouveler d'ici 2011 ;
- difficultés de recrutement repérées, d'où des faisant fonction ;
- fonction pouvant intéresser des personnes compétentes sur un métier technique et ayant une expérience d'entreprise et en recherche de reconversion professionnelle.

Facteurs d'évolution du métier :

- suivi encore plus personnalisé des publics pris en charge avec comme objectif l'insertion professionnelle ;
- travail en équipes pluridisciplinaires et en lien avec le milieu économique.

Point de vigilance :

- intégration des nouveaux diplômés via la VAE dans les établissements et les équipes.

Recommandations :

- maintenir la capacité globale de l'offre de formation ;
- encourager la formation complète en cours d'emploi ;
- accompagner et soutenir la mise en place de la VAE et prévoir le financement des formations modulaires post-VAE.

FILIERE SOCIALE : conseiller(ère) en économie sociale et familiale

Professionnels en région Centre	Capacité de formation annuelle	Durée des études	Niveau	Sites de formation en région Centre	Besoins annuels estimés de nouveaux diplômés (nombre ou tendance)	Nombre de diplômés 2005
400 (estimation)	Capacité envisagée 58 (déclarations préalables en cours)	1 an	III	3	Besoins non quantifiés	42

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

Emplois :

- répartis entre les Conseils généraux (environ 200) et de nombreuses structures comme les offices HLM, les centres d'hébergement, les caisses d'allocations familiales, la Mutualité sociale agricole...

Facteur d'évolution du métier :

- augmentation de la précarité des populations prises en charge.

Point de vigilance :

- l'impact de la réforme des tutelles sur la création éventuelle d'emplois.

Recommandations :

- affiner les besoins en lien avec les Conseils généraux et le Rectorat ;
- promouvoir ce diplôme comme une qualification pertinente pour l'encadrement de services à la personne et du maintien à domicile.

FILIERE SOCIALE : moniteur(trice) éducateur(trice)						
Professionnels en région Centre	Capacité de formation en 1 ^{ère} année	Durée des études	Niveau	Sites de formation en région Centre	Besoins annuels estimés de nouveaux diplômés (nombre ou tendance)	Nombre de diplômés 2005
1 200 (estimation)	Capacité envisagée : 230 (déclarations préalables en cours)	2	IV	2	65 (estimation partielle)	127

Le/la moniteur(trice) éducateur(trice) exerce sa fonction auprès d'enfants, d'adolescents ou d'adultes inadaptés, handicapés ou en situation de dépendance. A travers un accompagnement particulier, le/la moniteur(trice) éducateur(trice) aide quotidiennement à instaurer, restaurer ou préserver l'adaptation sociale et l'autonomie de ces personnes.

Emplois :

- effectif réparti pour l'essentiel dans les établissements et services d'accueil pour personnes handicapées et les établissements des Conseils généraux (au titre de l'aide sociale à l'enfance) ; quelques postes également dans les communes et les établissements hospitaliers ;
- effectif stable depuis 1997 ;
- présence de faisant fonction ;
- 18 % du personnel à remplacer dans les 5 ans.

Facteurs d'évolution du métier :

- évolution de la prise en charge des publics (rapprochement accru avec les éducateurs spécialisés) ;
- multiplication des réglementations et des procédures.

Point de vigilance :

- Intégration des nouveaux diplômés via la VAE dans les établissements et les équipes.

Recommandations :

- maintenir la capacité globale de l'offre de formation ;
- soutenir et développer l'apprentissage comme élément de réponse aux besoins dans les territoires et élément de fidélisation du personnel chez les employeurs ;
- accompagner la VAE et prévoir de financer les formations modulaires post-VAE.

FILIERE SOCIALE : aide médico-psychologique (AMP)						
Professionnels en région Centre	Capacité de formation en 1 ^{ère} année	Durée des études	Niveau	Sites de formation en région Centre	Besoins annuels estimés de nouveaux diplômés (nombre ou tendance)	Nombre de diplômés 2005
Entre 1600 et 1800	250 (sept 2007)	De 12 à 24 mois	V	6	200	164

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

Emplois :

- environ 1 000 AMP dans les établissements d'accueil pour publics handicapés ;
- besoins émergents dans les EHPAD ;
- 18 % du personnel à remplacer dans les 5 ans.

Point de vigilance :

- intégration des AMP dans les équipes de soins (aux côtés du personnel aide-soignant notamment dans les EHPAD).

Facteurs d'évolution du métier :

- développement des besoins des particuliers dans le cadre du maintien à domicile ;
- évolution du degré de dépendance dans les EHPAD ;
- polyvalence au regard des champs d'intervention (handicap, dépendance).

Recommandations :

- poursuivre la territorialisation de l'offre de formation ;
- maintenir la capacité globale de l'offre de formation ;
- envisager l'accès au diplôme par la voie de la formation initiale ;
- valoriser les passerelles vers les autres métiers du secteur sanitaire et social.

FILIERE SOCIALE : technicien(ne) de l'intervention sociale et familiale (TISF)

Professionnels en région Centre	Capacité de formation en 1 ^{ère} année	Durée des études	Niveau	Sites de formation en région Centre	Besoins annuels estimés de nouveaux diplômés (nombre ou tendance)	Nombre de diplômés 2005
Non connu	30 (sept 2007)	2 ans	IV	1	↗	6

Le ou la TISF intervient auprès de publics fragilisés (familles, enfants, personnes âgées ou handicapée) en apportant un soutien éducatif, technique et psychologique dans les actes de la vie quotidienne et dans l'éducation des enfants. Il/elle effectue une intervention sociale préventive et réparatrice à travers des activités d'aide à la vie quotidienne et à l'éducation des enfants. Il/elle accompagne la famille afin qu'elle retrouve son autonomie et que des interventions plus lourdes, voire des placements en institutions, soient évités. Il/elle favorise l'insertion des personnes et le maintien dans leur environnement. Il/elle soutient la fonction parentale.

Emplois :

- métier apparu en 2004 dont les effectifs sont difficilement quantifiables pour l'instant et qui succède au métier de travailleuse familiale. Ces dernières sont estimées à environ 800 en région Centre ;
- possibilité d'emploi auprès des Conseils généraux, d'organismes comme les caisses d'allocations familiales ou des structures d'aide à domicile.

Facteurs d'évolution du métier :

- rôle d'interface entre les familles et les autres acteurs sociaux ;
- évolution du cadre réglementaire et des domaines d'intervention.

Point de vigilance :

- reconnaissance de ce nouveau métier au sein du travail social.

Recommandations :

- maintenir la capacité globale de l'offre de formation ;
- encourager la mise en place de la VAE ;
- envisager de territorialiser l'offre de formation en lien avec des besoins identifiés ;
- promouvoir ce métier « intermédiaire » qui peut présenter des perspectives intéressantes pour des jeunes de niveau IV vers la filière du travail social.

FILIERE SOCIALE : auxiliaire de vie sociale (AVS)

Professionnels en région Centre	Capacité de formation annuelle	Durée	Niveau	Sites de formation en région Centre	Besoins annuels estimés de nouveaux diplômés (nombre ou tendance)	Nombre de diplômés 2005
900 (estimation)	Capacité envisagée : 240 (Déclarations préalables en cours)	De 9 à 36 mois	V	Variable*	↗	87(formation complète) + 201 validations totales par la VAE

L'AVS effectue un accompagnement social et un soutien auprès de publics fragilisés (malades, personnes dépendantes), en les accompagnant dans leur vie quotidienne. L'AVS aide à faire (stimule, accompagne, soulage, apprend à faire) et/ou fait à la place d'une personne qui est dans l'incapacité de faire seule les actes ordinaires de la vie courante. L'AVS peut également exercer ses fonctions au sein d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Emplois :

- estimation de 900 personnes réparties essentiellement entre l'aide au maintien à domicile et les établissements d'accueil pour personnes âgées ;
- nombre important de faisant fonction.

Facteurs d'évolution du métier :

- intégration dans les équipes de suivi des personnes (soins, action sociale) ;
- besoins de qualification et de professionnalisation importants au regard des démarches qualité prévues par la loi de janvier 2002.

Points de vigilance :

- l'intégration des jeunes dans le métier ;
- la possibilité réelle de recruter ces personnes à leur niveau de compétence en fonction des moyens dégagés par les financeurs du maintien à domicile dont les Conseils généraux.

Recommandations :

- maintenir et adapter l'offre de formation dans les territoires ;
- maintenir les efforts entrepris pour promouvoir et accompagner la VAE. ;
- encourager les passerelles avec d'autres diplômes du secteur sanitaire et social.

**Formation financée essentiellement par le Conseil régional au titre du programme régional de formation à l'attention des demandeurs d'emploi ; le nombre de sites de formations et de places dépendent du résultat de l'appel d'offre annuel (7 sites en 2007).*

FILIERE SOCIALE : intervenant(e) à domicile						
Professionnels en région Centre	Capacité de formation	Formations possibles	Niveau	Sites de formation en région Centre	Besoins annuels estimés de nouveaux diplômés (nombre ou tendance)	Nombre de diplômés 2005/2006
50 000 (estimation)	Variable*	BEP carrières sanitaires et sociales (mention aide à domicile) Titre assistant(e) de vie Employé(e) familial polyvalent	V	Variable*	↗	484

Deux types d'emplois repérés (au titre de l'accord de branche de l'aide à domicile de mars 2002) :

- l'employé(e) à domicile qui assiste et soulage les personnes qui ne peuvent pas faire seules les actes ordinaires de la vie courante ;
- l'agent à domicile qui réalise et aide à l'accomplissement des activités domestiques et administratives simples essentiellement auprès des personnes en capacité d'exercer un contrôle et un suivi de celles-ci.

Emplois :

- le nombre d'emplois annoncé couvre les salariés recensés par la FEPEM (fédération des particuliers employeurs - champ du gré à gré) ; il se répartit entre 47 400 emplois pour l'assistance aux personnes âgées et aux familles et 2 600 emplois pour la garde d'enfant à domicile. Le chiffre global couvre tout ou partie des 20 000 salariés recensés par l'URIOPSS (Union régionale interfédérale des organismes privés sanitaires et sociaux) sur le champ de l'activité mandataire et prestataire ;
- la FEPEM recense en plus dans ses effectifs 15 640 assistantes maternelles intervenant à leur domicile après agrément des Conseils généraux, ceux-ci finançant les 60 heures de formation nécessaires ;
- taux de qualification du personnel (via un titre ou un diplôme du secteur) très faible ne dépassant pas 10 % de l'effectif global ;
- emplois le plus souvent à temps partiel nécessitant de la mobilité ;
- moyenne d'âge élevée : entre 40 et 50 ans.

Facteurs d'évolution des métiers :

- intégration dans les équipes de suivi des personnes (soins, action sociale) ;
- professionnalisation accrue des intervenants à domicile compte tenu des degrés croissants

de dépendance et du développement des démarches qualité ;

- complexité des situations à gérer.

Points de vigilance :

- l'intégration des jeunes dans le métier ;
- les freins aux départs en formation ;
- la fidélisation du personnel.

Recommandations :

- développer et adapter l'offre de formation au plus près des besoins exprimés dans les territoires ;
- maintenir les efforts entrepris pour promouvoir et accompagner la VAE ;
- encourager les passerelles avec d'autres diplômes du secteur sanitaire et social.

**Formation financée essentiellement par le Conseil régional au titre du programme régional de formation à l'attention des demandeurs d'emploi ; le nombre de sites de formations et de places dépendent du résultat de l'appel d'offre annuel (19 actions en 2007).*

FILIERE SOCIALE : assistant(e) familial(e)						
Professionnels en région Centre	Capacité de formation	Durée de la formation	Niveau	Sites de formation en région Centre	Besoins annuels estimés de nouveaux diplômés (nombre ou tendance)	Nombre de diplômés 2005
1 500 (estimation)	537 (Sept 2007)	300 heures	V	4	↗	Nouvelle formation

Emplois et formation:

- l'assistant(e) familial(e) accueille à titre permanent des enfants placés à son domicile au titre de l'aide sociale à l'enfance après avoir été agréé par le Conseil général. La formation a été réformée par la loi du 27 juin 2005 relative aux assistants familiaux et aux assistantes maternelles ; elle a été portée à 300 heures (60 heures avant l'accueil du premier enfant et 240 heures dans les trois années qui suivent) ;
- la formation est accessible par la VAE ;
- la formation est prise en charge financièrement par le Conseil général ; le nombre d'assistants familiaux en région Centre est estimé à 1 500.

Annexe 8 – Les passerelles entre les diplômes relevant du code de l'action sociale et des familles

Dip visé	Niveau V				Niveau IV				Niveau III								Niveau II		Niveau I							
	DEAVS 6DF*		DEAMP 6DF		DETISF 6DF		DEME 4DF*		DEES 4DF*		DEETS 6UF		DEEJE 4DF		DEASS 8UF		DCESF		DEFA		CAFERUIS 4UF		DEIS 3DF		CAFDES 4DF*	
	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D**	A	D	A	D	A	D	A	D	A	D	A
DEAVS			4	2	1	2	0	3																		
DEAMP	4	1			0	3	0	4																		
DETISF							2	1			0	2	0	1/3 DF								Accessible si 4 ans EP				
DEME					3	3			1	3	2	2	0	1/3 DF								Accessible si 4 ans EP				
DEES											4	1	2	2	2	8						A	Accessible si 3 ans EP	Accessible si 3 ans EP		
DEETS									2	2			2	1	2	7						A	Accessible si 3 ans EP	Accessible si 3 ans EP		
DEEJE									2	2	3	0			2	7						A	Accessible si 3 ans EP	Accessible si 3 ans EP		
DEASS									2	2	2	1	2	2								A	Accessible si 3 ans EP	Accessible si 3 ans EP		
DCESF									2	2	2	0	2	2	2	7						A	Accessible si 3 ans EP	Accessible si 3 ans EP		
DEFA									2	2	1	2	2	1	2	7						A	Accessible si 3 ans EP	Accessible si 3 ans EP		
CAFERUIS																							1	2	1	3
DEIS																								2	1	
CAFDES																							1	2		

Source : Orientations nationales pour les formations sociales 2007/2009.

D : dispense
A : allègement
DF : domaine de formation
UF : unité de formation
EP : expérience professionnelle

* en projet –

A (colonne du CAFERUIS) : allègement automatique de 70 h de formation théorique et de 210 h de stage si situation d'emploi.

** 2 des 4 épreuves de certification sont automatiquement validées.

DEAVS	Diplôme d'Etat auxiliaire de vie sociale
DEAMP	Diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique
DETISF	Diplôme d'Etat de technicien de l'intervention sociale et familiale
DEME	Diplôme d'Etat de moniteur éducateur
DEES	Diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé
DEETS	Diplôme d'Etat d'éducateur technique spécialisé
DEEJE	Diplôme d'Etat d'éducateur de jeunes enfants
DEASS	Diplôme d'Etat d'assistant de service social
DCESF	Diplôme de conseiller en économie sociale et familiale
DEFA	Diplôme d'Etat relatif aux fonctions d'animation
CAFERUIS	Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale
DEIS	Diplôme d'Etat d'ingénierie sociale
CAFDESIS	Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale

**Annexe 9 – Les allègements ou dispenses de formation entre diplômes
sanitaires et sociaux de niveau 5.**

Diplôme visé Diplôme possédé	Aide- soignant 8 modules		Auxiliaire de puériculture 8 modules		Ambulancier 8 modules		Aide Médico- Psychologique 6 Domaines de formation		Auxiliaire de Vie Sociale 6 Domaines de formation*		Assistant Familial 3 domaines de formation + stage préparatoire à l'accueil	
	D.	All.	D.	All.	D.	All.	D.	All.	D.	All.	D.	All.
Aide Soignant			6		4		3	2	2	3		
Auxiliaire de Puériculture	6						1	4		5	3	
Ambulancier	4											
Aide Médico- Psychologique	5		4						4	1		
Auxiliaire de Vie Sociale	4		3		3		4	2				
BEP Carrières Sanitaires et Sociales MC Aide à Domicile	4		3					4	Titulaires de droit du DEAVS			
Assistant Familial								5		5		
CAP Petite Enfance								4	1	5		
BEPA Services aux Personnes								4	1	4		
Titre Prof. Assistant de Vie aux familles	3							3	2	2		

Source : DRASS du Centre - Avril 2007

* : en projet

All : allègement

D : dispense