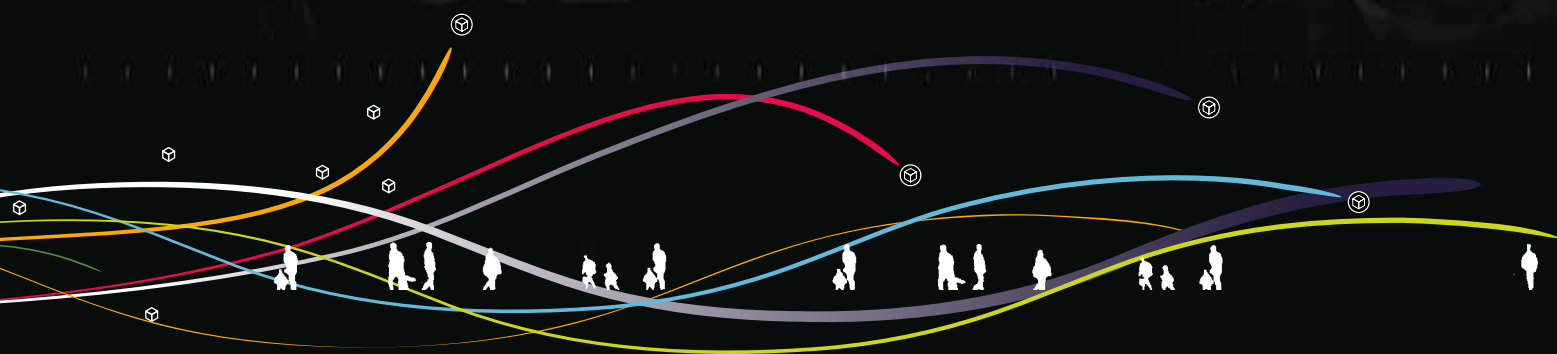


# études



## PORTRAIT EMPLOI-FORMATION DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL

> ENJEUX ET PERSPECTIVES EN PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR

J U I L L E T 2 0 1 5





---

**Directeur de publication**

Philippe Guy

---

**Réalisation**

Isabelle Boisseau  
Stéphanie Mailliot

---

**Collaboration**

Anne-Sophie Dumortier  
Adeline Petrovitch

---

**Conception graphique - PAO**

[www.gachwell.com](http://www.gachwell.com)

---

**Crédits photos**

iStock

En 2014-2015, l'ORM a réalisé un portrait emploi-formation d'un ensemble de métiers du secteur sanitaire et social. Son objectif est d'alimenter la réflexion en région sur les enjeux qui traversent ce secteur dans un contexte global de changement démographique et de territorialisation de l'action publique. En effet, les évolutions sociétales qui impactent le secteur, les transformations des conditions d'exercice des professionnels, les changements législatifs, réglementaires et organisationnels qui président à la reconfiguration des articulations entre structures et compétences sur les territoires ne sont pas sans effet sur le système de formation. Ce dernier doit se réajuster en fonction de nouveaux enjeux de professionnalisation et intégrer dans son fonctionnement des contraintes dues au contexte (universitarisation des formations, marché du travail qui se restructure sous l'effet de nombreux facteurs, etc.).

Aussi, le présent document donne à voir les principaux constats et enjeux, déclinés métier par métiers, des processus repérés concernant le secteur sanitaire et social. Il s'accompagne d'une publication synthétique reprenant les principaux résultats ainsi que de la publication de treize fiches métier-formation détaillant l'ensemble des données chiffrées mobilisées. La démarche qui préside à l'élaboration de ce document est appelée à se poursuivre à travers l'actualisation régulière des données chiffrées ouvrant l'analyse sur une dimension infrarégionale.

Ces documents, comme l'ensemble des publications de l'Observatoire régional des métiers, sont téléchargeables sur le site Internet : [www.orm-paca.org](http://www.orm-paca.org)

**Pascale GÉRARD**

*Vice-Présidente du Conseil régional,  
déléguée à la formation professionnelle  
et à l'apprentissage*

**Philippe GUY**

*Président de l'ORM*



# **PORTRAIT EMPLOI-FORMATION DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL**

> ENJEUX ET PERSPECTIVES EN PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR

|                   |   |
|-------------------|---|
| INTRODUCTION..... | 7 |
|-------------------|---|

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>PARTIE I : CONTEXTE</b> ..... | 9 |
|----------------------------------|---|

|                                             |    |
|---------------------------------------------|----|
| <b>CHAPITRE 1 : PORTRAIT RÉGIONAL</b> ..... | 10 |
|---------------------------------------------|----|

|                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. DES TERRITOIRES CONTRASTÉS .....                                                    | 10 |
| 2. UN DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE PORTÉ PAR LES ACTIVITÉS PRÉSENTIELLES .....             | 10 |
| 3. DES INÉGALITÉS SOCIALES MARQUÉES .....                                              | 11 |
| 4. LA MONTÉE EN PUISSANCE DE LA PROBLÉMATIQUE DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ..... | 11 |
| 5. DES PROBLÉMATIQUES AU LONG COURS IMPACTANT LE SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL.....      | 12 |
| 5.1. L'ACCUEIL DES ENFANTS DE MOINS DE 3 ANS .....                                     | 12 |
| 5.2. LES EFFETS DES SITUATIONS DE PRÉCARITÉ SUR LA SANTÉ.....                          | 12 |
| 5.3. LE CHAMP DU HANDICAP .....                                                        | 13 |

|                                                                                      |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>CHAPITRE 2 : LE SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL, UN ACTEUR MAJEUR EN RÉGION</b> ..... | 14 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                         |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. LE SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL, DES DYNAMIQUES RÉGIONALES CRÉATRICES D'EMPLOIS ..... | 14 |
| 1.1. LE SANITAIRE ET SOCIAL, UN SECTEUR EN DÉVELOPPEMENT .....                          | 14 |
| 1.2. MOINS DE DEMANDEURS D'EMPLOI ET UNE DURÉE DE CHÔMAGE PLUS COURTE .....             | 15 |
| 2. UNE POPULATION FÉMININE ET PLUTÔT SENIOR .....                                       | 15 |
| 2.1. UNE MAJORITÉ DE FEMMES.....                                                        | 15 |
| 2.2. DES PROFESSIONS VIEILLISSANTES .....                                               | 16 |
| 2.3. UN RECOURS TRÈS MODÉRÉ AUX PROFESSIONNELS DE NATIONALITÉ ÉTRANGÈRE.....            | 16 |
| 3. DES CONDITIONS D'EMPLOI DIFFÉRENCIÉES.....                                           | 16 |
| 3.1. L'EFFET TAILLE DE L'ÉTABLISSEMENT .....                                            | 16 |
| 3.2. UNE BONNE STABILITÉ DE L'EMPLOI, NOTAMMENT POUR LES MÉTIERS SANITAIRES .....       | 16 |
| 3.3. MAIS DES DISPARITÉS S'OBSERVENT.....                                               | 17 |
| 4. DES SITUATIONS NUANCÉES SELON LES DÉPARTEMENTS .....                                 | 18 |
| 4.1. LA RÉPARTITION DES EMPLOIS .....                                                   | 18 |
| 4.2. UNE OFFRE DE SOIN ABONDANTE MAIS INÉGALEMENT RÉPARTIE .....                        | 19 |
| 5. UNE GOUVERNANCE NATIONALE AU PLUS PRÈS DES BESOINS DE LA POPULATION .....            | 19 |

|                                                    |    |
|----------------------------------------------------|----|
| <b>PARTIE II : PORTRAIT EMPLOI-FORMATION</b> ..... | 21 |
|----------------------------------------------------|----|

|                                               |    |
|-----------------------------------------------|----|
| <b>CHAPITRE 1 : LES MÉTIERS DU SOIN</b> ..... | 21 |
|-----------------------------------------------|----|

|                                          |    |
|------------------------------------------|----|
| 1. LES INFIRMIERS.....                   | 21 |
| 2. LES AIDES-SOIGNANTS .....             | 25 |
| 3. LES INFIRMIERS PUÉRICULTEURS.....     | 27 |
| 4. LES AUXILIAIRES DE PUÉRICULTURE ..... | 29 |
| 5. LES AMBULANCIERS.....                 | 31 |

|                                                         |    |
|---------------------------------------------------------|----|
| <b>CHAPITRE 2 : LES MÉTIERS DU TRAVAIL SOCIAL</b> ..... | 33 |
|---------------------------------------------------------|----|

|                                     |    |
|-------------------------------------|----|
| 1. LES ÉDUCATEURS SPÉCIALISÉS ..... | 33 |
| 2. LES MONITEURS ÉDUCATEURS.....    | 35 |

|                                                                                                                                                                |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 3. LES ÉDUCATEURS DE JEUNES ENFANTS .....                                                                                                                      | 36        |
| 4. LES AIDES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES .....                                                                                                                       | 38        |
| 5. LES CADRES DE L'INTERVENTION SOCIO-ÉDUCATIVE (DIPLÔMÉS CAFERUIS) .....                                                                                      | 41        |
| 6. LES ASSISTANTS DE SERVICE SOCIAL .....                                                                                                                      | 43        |
| <br><b>CHAPITRE 3 : LES MÉTIERS DE LA RÉÉDUCATION</b> .....                                                                                                    | <b>45</b> |
| 1. LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES .....                                                                                                                        | 45        |
| 2. LES PSYCHOMOTRICIENS ET LES ERGOTHÉRAPEUTES .....                                                                                                           | 47        |
| <br><b>PARTIE III : ENJEUX TRANSVERSAUX :<br/>LES NOUVEAUX ÉQUILIBRES EMPLOI-FORMATION</b> .....                                                               | <b>51</b> |
| <br><b>CHAPITRE 1 : DES ARTICULATIONS ENTRE SANITAIRE ET SOCIAL À RENFORCER</b> .....                                                                          | <b>51</b> |
| 1. DES CROISEMENTS DE COMPÉTENCES DE PLUS EN PLUS MARQUÉS .....                                                                                                | 51        |
| 2. DÉLÉGATION DE TÂCHES ET NOUVELLES COOPÉRATIONS ENTRE PROFESSIONNELS :<br>IMPACT SUR LES QUALIFICATIONS ET LES BESOINS DE MAIN-D'ŒUVRE .....                 | 52        |
| 3. IMPACT DES NOUVELLES TECHNOLOGIES SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES<br>ET LES BESOINS DE MAIN-D'ŒUVRE ASSOCIÉS .....                                       | 53        |
| <br><b>CHAPITRE 2 : ÉVOLUTIONS DE L'APPAREIL DE FORMATION</b> .....                                                                                            | <b>54</b> |
| 1. ENTRE REPOSITIONNEMENT DES DIPLÔMES ET REFONDATION DES FILIÈRES DE FORMATION :<br>TRANSFORMATIONS D'ENVERGURE DE L'APPAREIL DE FORMATION .....              | 54        |
| 2. DE NOUVEAUX ENJEUX DE PROFESSIONNALISATION<br>CONCERNANT LES BACHELIERS ASSP ET SAPAT .....                                                                 | 54        |
| 3. L'APPRENTISSAGE, UNE VOIE PRIVILÉGIÉE<br>POUR LES FORMATIONS DU TRAVAIL SOCIAL EN RÉGION .....                                                              | 55        |
| <br><b>CHAPITRE 3 : TENSIONS VERSUS ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS,<br/>DES SECTEURS ET DES TERRITOIRES</b> .....                                                    | <b>56</b> |
| 1. TENSIONS À LA HAUSSE OU À LA BAISSÉ SUR LE MARCHÉ DE L'EMPLOI À METTRE<br>EN REGARD D'ENJEUX D'ATTRACTIVITÉ DES SECTEURS, MÉTIERS OU ZONES D'ACTIVITÉ ..... | 56        |
| 2. LA RÉPARTITION DE L'OFFRE DE SOIN SUR LES TERRITOIRES,<br>ENJEU MAJEUR DES POLITIQUES DE SANTÉ .....                                                        | 57        |
| <br><b>ANNEXE MÉTHODOLOGIQUE</b> .....                                                                                                                         | <b>59</b> |
| <b>GLOSSAIRE</b> .....                                                                                                                                         | <b>65</b> |

# INTRODUCTION

*Ce portrait emploi-formation réalisé par l'Observatoire régional des métiers s'inscrit dans la continuité des travaux de la mission d'observation du secteur sanitaire et social, financée par le Conseil régional depuis son institutionnalisation dans le cadre de la production du premier schéma régional des formations sanitaires et sociales (2008). Il propose un état des lieux régional, structuré métier par métier, des principaux enjeux traversant actuellement le secteur. Son but est d'alimenter la réflexion sur la prise en compte de ces enjeux dans l'analyse des évolutions de l'appareil de formation et d'outiller la décision en vue de la préparation d'un nouveau programme régional de formation.*

*L'élaboration de ce portrait est le fruit d'un travail réalisé en plusieurs étapes d'avril 2014 à mars 2015. Une première phase a consisté en la réalisation d'un pré-diagnostic sur la base de la mise en évidence d'éléments de cadrage statistiques et d'éléments issus de la réalisation d'entretiens d'acteurs du secteur sanitaire et social. Une seconde phase a permis la réalisation du portrait lui-même à partir d'un enrichissement des données chiffrées et de la production de « fiches métier-formation ». Une dernière phase a consisté en la rédaction du document final synthétisant de manière problématisée les chiffres collectés et les enjeux associés.*

*Trois parties constituent ce document :*

- *un portrait régional situe d'abord la place du secteur sanitaire et social au cœur d'enjeux sociaux, économiques et territoriaux caractéristiques de la région Provence - Alpes - Côte d'Azur ;*
- *ensuite une déclinaison, métier par métier, des chiffres et tendances clés repérées est proposée, associée aux principaux enjeux caractérisant l'évolution de ces métiers ;*
- *enfin des évolutions transversales au secteur sanitaire et social sont mises en évidence – celles-ci interrogeant la mise en place de nouveaux équilibres emploi-formation.*

*En annexe du présent document se trouvent les données méthodologiques qui précisent le cadrage de l'analyse concernant le périmètre d'étude, les sources mobilisées, les acteurs rencontrés et les évolutions réglementaires et législatives qui ponctuent le développement récent de ce secteur.*

*Le présent document a vocation à circuler en complémentarité de la diffusion des « fiches métier-formation » réalisées. Celles-ci se trouvent disponibles sur le site de l'ORM, onglet dédié à la mission d'observation du secteur sanitaire et social de la région Provence - Alpes - Côte d'Azur : [www.orm-paca.org](http://www.orm-paca.org).*

*Ces fiches seront actualisées au fur et à mesure du recueil de nouvelles données chiffrées et orientent dès à présent le renouvellement des productions de la mission pour les années 2015 et 2016 notamment.*



## PARTIE I

# CONTEXTE

### L'ESSENTIEL

- Le secteur de la « santé humaine et action sociale » est le premier employeur de la région Provence - Alpes - Côte d'Azur. C'est un secteur qui a connu **dix années ininterrompues de croissance de l'emploi** durant la décennie 2000.
- Dans un contexte démographique de vieillissement de la population, cette dynamique devrait se poursuivre.
- De plus, les politiques de santé ont à faire face, sur le plan régional, à l'importance des situations de précarité ayant des effets sur la santé.
- La part des déclarations préalables à l'embauche relevant du secteur de la « santé humaine et action sociale » est régulièrement en hausse parmi celles constatées en région depuis 2009.
- Les métiers du sanitaire et social sont **majoritairement exercés par des femmes**. Elles occupent jusqu'à 98 ou 99 % des emplois dans certains métiers (sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires de puériculture).
- Globalement la pyramide des âges des métiers de la santé et de l'action sociale vieillit. **La part des plus âgés s'affirme** dans la plupart des métiers (les plus de 50 ans représentent 24 % des professionnels en emploi en 2006 et 27 % en 2011) alors que celle des jeunes reste constante (7 %).
- Une majorité de salariés des « activités pour la santé humaine » exercent dans des établissements de 500 salariés et plus (58 %).
- Près de la moitié des professionnels du travail social (48 %) exercent dans des établissements de taille moyenne (50 à 249 salariés).
- Les professionnels salariés du secteur sanitaire et social connaissent **globalement une bonne stabilité d'emploi** mais avec des disparités selon les métiers exercés.
- Un professionnel sur cinq exerce à temps partiel dans le secteur sanitaire et social.
- **L'offre de soin est relativement abondante en région Provence - Alpes - Côte d'Azur mais inégalement répartie.** Un contraste important existe entre la bande littorale et l'arrière-pays. Ce contraste se retrouve également dans la répartition des emplois : les professionnels du sanitaire et social travaillent prioritairement dans les départements de la bordure littorale.

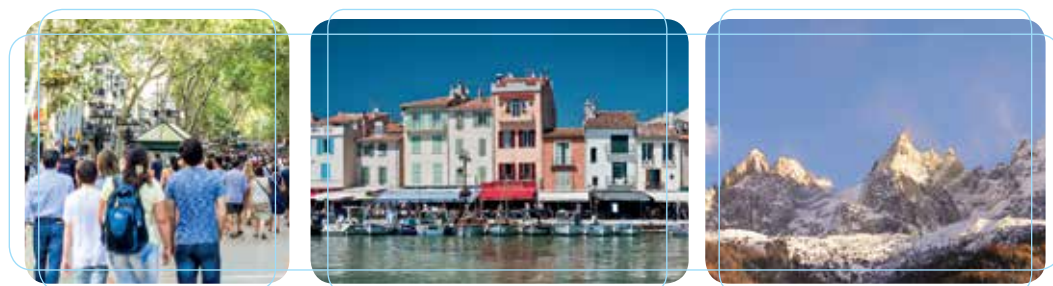
## CHAPITRE 1

# PORTRAIT RÉGIONAL

Différentes clés de lecture permettent d'appréhender les liens entre les besoins de la population, l'état de santé d'un territoire et la mise en œuvre des activités sanitaires ou de lien social qui s'y développent. Parmi elles, les caractéristiques géographiques, économiques, démographiques et sociales sont de première importance pour comprendre l'intrication entre ces différents domaines.

### 1. DES TERRITOIRES CONTRASTÉS

Entre bande littorale et espaces de montagne, à la fois densément et faiblement peuplée, la région Provence - Alpes - Côte d'Azur offre une pluralité de territoires combinant des enjeux de développement contrastés. Avec près de 5 millions d'habitants, c'est la **troisième région la plus peuplée** de France. C'est une région **urbaine** dont 70 % des habitants sont concentrés sur une frange côtière de 25 km de large et dont plus de 80 % des habitants résident au sein de pôles urbains – contre 60 % au niveau national. Elle comprend également un nombre important de « zones urbaines sensibles » (282 contre 2 492 en France, soit la troisième région en la matière) et la péri-urbanisation y est très développée. Pour autant, la région Provence - Alpes - Côte d'Azur recouvre aussi des **zones rurales et alpines** faiblement peuplées, enclavées et marquées par des difficultés d'accès de leurs populations aux équipements et infrastructures. Si la diversité géographique représente un atout majeur pour la région, avec un patrimoine naturel exceptionnel, elle constitue également **une contrainte pour l'aménagement du territoire et le développement des politiques publiques notamment en matière de santé**. Ainsi, au sein des pôles urbains, les populations peuvent être sujettes à des problématiques spécifiques – exposition à des facteurs de risques environnementaux (air, eau, habitat indigne) – qui diffèrent de celles des populations rurales – isolement, raréfaction possible de l'offre de soin et/ou de l'offre de formation... Ces éléments expliquent pour partie la mise en évidence en région Provence - Alpes - Côte d'Azur d'un **état de santé de la population globalement favorable mais avec de fortes disparités** (Constat ARS – Plan stratégique régional de santé).



### 2. UN DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE PORTÉ PAR LES ACTIVITÉS PRÉSENTIELLES

Selon l'Insee, la région Provence - Alpes - Côte d'Azur produit au tournant des années 2010 plus de 7 % de la richesse nationale, se situant au troisième rang en matière de PIB régional en France et au seizième rang au niveau européen. Elle est peu industrialisée mais positionnée dans les secteurs les plus porteurs, avec une économie tournée principalement vers les **activités tertiaires**, créatrices d'emplois. Si l'emploi salarié en région s'est globalement dégradé depuis 2008 et que, selon l'Urssaf, la région connaît en 2013 une période de perte d'emploi (– 0,3 %), elle a cependant plutôt bien résisté à la crise par comparaison

avec d'autres régions (Urssaf, *StatUR*, PACA, *Bilan année 2013*, n° 1). **Son dynamisme économique est porté par les activités présentielle<sup>1</sup>, de services aux populations, dont fait partie le secteur sanitaire et social.** Cette dynamique est appelée à se poursuivre avec, à l'horizon 2030<sup>2</sup>, pour le domaine de l'administration publique, l'enseignement, la santé et l'action sociale, une progression de plus 45 000 emplois potentiels, soit une croissance de +7,5 % (Insee Études, *Analyse*, n° 38, déc. 2013). Les activités de services sont appelées à croître sous l'effet conjugué de l'augmentation de la population, de son vieillissement et de l'apparition de nouveaux modes de consommation.

### 3. DES INÉGALITÉS SOCIALES MARQUÉES

La région est également marquée par des **niveaux de ressources très inégaux** au sein de sa population. La région Provence - Alpes - Côte d'Azur est une région parmi les plus pauvres de France : en 2011, 16,4 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté, contre 14,3 % en France, avec une intensité de la pauvreté plus marquée qu'ailleurs. Parmi les personnes pauvres, la moitié vit avec moins de 771 euros/mois soit 206 euros de moins que le seuil de pauvreté. Le taux de recours au RSA en région Provence - Alpes - Côte d'Azur est plus élevé qu'en France. Les personnes les plus exposées à la pauvreté sont les familles monoparentales et les populations jeunes (Insee, *Insee Flash*, PACA, n° 2, oct. 2014). C'est également une région particulièrement inégalitaire : les écarts de richesse y sont très marqués, les 10 % des plus aisés ayant un niveau de vie presque quatre fois supérieur aux 10 % les plus pauvres.

### 4. LA MONTÉE EN PUISSANCE DE LA PROBLÉMATIQUE DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

La région Provence - Alpes - Côte d'Azur connaît une forte croissance démographique depuis plusieurs décennies. Néanmoins cette croissance devrait se ralentir du fait d'une baisse conjuguée du solde naturel et du solde migratoire. Par ailleurs, l'arrivée aux grands âges des générations issues du baby-boom constitue un **changement démographique** majeur aux incidences multiples. La modification de la pyramide des âges en faveur de l'accroissement des seniors fait de Provence - Alpes - Côte d'Azur une région au vieillissement plus accentué qu'au niveau national : aujourd'hui 27,1 % de la population a 60 ans et plus, versus 23,8 % au niveau national, et 5,7 % seulement de la population a entre 0 et 4 ans, versus 6,1 % pour la France. Cette tendance ne devrait pas s'infléchir : à l'horizon 2030, un habitant sur trois aurait plus de 60 ans et un actif sur cinq serait âgé de 55 ans ou plus, contre un sur quatre aujourd'hui. Dans ce contexte et sous l'effet également de l'allongement de l'espérance de vie, **la part des personnes âgées dépendantes va sensiblement augmenter**, appelant la mise en œuvre de solutions adaptées à la prise en charge sanitaire et sociale des problématiques associées : croissance et diversification des pathologies, augmentation des pathologies lourdes, accueils spécifiques au sein des institutions, accompagnement à la sortie des périodes d'hospitalisation en lien avec le développement de l'ambulatoire... À cet égard, une meilleure **articulation des champs sanitaire et social** est à outiller dans le sens d'une coordination efficiente de l'ensemble des intervenants sur les parcours des patients. L'objectif est triple : pour les usagers, assurer la continuité des services qui leur sont rendus ; pour les professionnels, favoriser la mobilité professionnelle par acquisition de compétences permettant de travailler dans plusieurs métiers ; et pour les employeurs, avoir des salariés polycompétents susceptibles d'intervenir dans de multiples situations de travail. Plus généralement, la complexification des parcours des usagers implique un travail davantage en réseau de l'ensemble des acteurs du sanitaire, du médico-social et de l'action sociale qui, de plus en plus, auront à conjuguer **hypertechnicité** des gestes professionnels à réaliser et **prise en charge globale** des personnes accompagnées.

<sup>1</sup> Selon l'Insee, les activités présentielle sont les activités mises en œuvre localement pour la production de biens et de services visant la satisfaction des besoins de personnes présentes dans la zone, qu'elles soient résidentes ou touristes.

<sup>2</sup> Selon un scénario dit « central » de projection s'appuyant sur des hypothèses concernant le contexte macroéconomique.

## 5. DES PROBLÉMATIQUES AU LONG COURS IMPACTANT LE SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL

### 5.1. L'ACCUEIL DES ENFANTS DE MOINS DE 3 ANS

La petite enfance est au cœur des politiques sociales qui se développent actuellement notamment à travers la mise en place des schémas territoriaux des services aux familles ; l'un des objectifs étant de créer de **nouvelles solutions d'accueil** pour les enfants dont les parents travaillent mais également pour ceux issus de familles en difficulté (accueillir au moins 10 % d'enfants issus de familles vulnérables dans les crèches). L'objectif gouvernemental de créer 100 000 places supplémentaires d'accueil en crèche d'ici 2017 va également dans ce sens. Les **recrutements** en personnel d'encadrement mais également en personnel de direction vont aller croissant ; pour ces derniers une capacité à assurer aussi bien l'accompagnement sanitaire, social, éducatif des enfants que le fonctionnement gestionnaire et managérial des structures est de plus en plus attendue. Par ailleurs le décloisonnement entre l'accueil collectif et l'accueil individuel d'une part et le développement d'un système de crèches multi-accueil (régulier, occasionnel, d'urgence) appellent également une meilleure coordination entre l'ensemble des professionnels de la petite enfance.

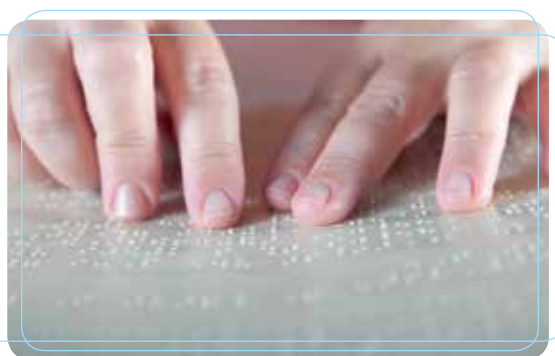
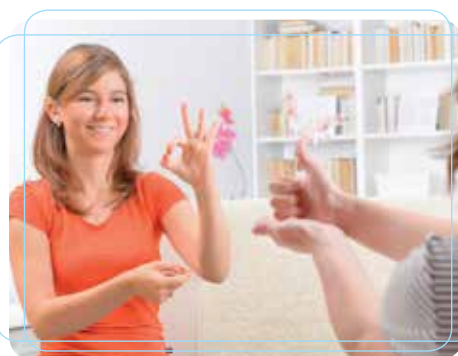
**À savoir :** la région Provence - Alpes - Côte d'Azur est bien dotée en équipements d'accueil collectif, avec un taux supérieur à la France métropolitaine, mais est nettement moins pourvue que d'autres régions du point de vue du nombre de places auprès des assistantes maternelles.

### 5.2. LES EFFETS DES SITUATIONS DE PRÉCARITÉ SUR LA SANTÉ

Améliorer l'accès aux soins et à la prévention des problèmes de santé pour les personnes les plus démunies est un objectif au cœur des politiques régionales d'accès aux soins pilotées notamment par l'ARS dans le cadre des obligations issues de la loi « Hôpital, patient, santé et territoires » de 2009. En effet, en PACA comme en France, alors que l'état de santé global s'est amélioré ces dernières années, **des disparités en matière de santé persistent**, du fait notamment des inégalités sociales. Selon l'ORS, des différences de comportements en matière de santé selon le statut socio-économique sont en cause : comportements à risque (tabagisme par exemple) plus élevé chez les chômeurs et les ouvriers que chez les cadres, recours au dépistage de certaines maladies (cancers notamment) moindre chez les bénéficiaires de la Couverture maladie complémentaire universelle (CMU-C) que chez les non-bénéficiaires, prévalence de certains troubles de santé (asthme, problèmes bucco-dentaires, obésité...) chez les enfants issus des catégories socio-professionnelles les moins favorisées, difficultés multiples d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de vulnérabilité... Des troubles de la santé mentale peuvent également être mis en lien avec des facteurs liés aux conditions socio-économiques des personnes. À cet égard, **la santé mentale** représente une problématique prégnante en région : selon la Drass, un tiers de la population de 18 ans et plus est repéré en région Provence - Alpes - Côte d'Azur avec au moins un trouble de santé mentale (hors risque suicidaire et problème d'insomnie actuelle), soit environ 1 245 000 personnes – une prévalence supérieure de 1,4 point à la moyenne nationale (source : *Enquête « Santé mentale en population générale »*, 2009). Ces troubles affectent la population de manière différenciée selon le profil socio-démographique : les troubles anxieux affectent prioritairement les femmes, les addictions notamment à la drogue concernent plutôt les jeunes. La composition de la structure familiale joue sur la prévalence des troubles de santé mentale, de même que la qualité de l'environnement social : les personnes ayant une situation familiale « stable » (en couple) sont moins sujettes à ce type de pathologies, les personnes – notamment les hommes – en situation de chômage, d'inactivité ou aux faibles revenus ont plus de risque de développer des troubles de la santé mentale. Par ailleurs, le vieillissement de la population peut aussi laisser présager une augmentation des déficiences mentales en lien avec l'accroissement de pathologies du vieillissement (maladies neuro-dégénératives notamment).

### 5.3. LE CHAMP DU HANDICAP

Le champ du handicap en région représente un secteur à enjeux pour plusieurs raisons : malgré une hausse du nombre de places en établissements et services pour adultes handicapés, **la situation reste proche de la saturation**. Ainsi, selon l'ARS, entre 2006 et 2010, une augmentation de 20 % du nombre de places permet d'accueillir 18260 adultes fin 2010 (tous établissements et services confondus). Le taux d'occupation moyen se maintient néanmoins à un niveau élevé : les établissements centrés sur l'hébergement ont, fin 2010, un taux d'occupation de 95 % et les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) de 97 %. Le secteur emploie 8700 ETP fin 2010, avec un taux d'encadrement de 46 ETP pour 100 adultes handicapés. Ce taux a sensiblement diminué depuis 2006 (ARS, « La santé observée », *Info Stat*, n° 18, nov. 2012). Plusieurs problématiques sont à mettre en lien avec ce constat. D'abord, **le vieillissement des personnes en situation de handicap** – avec un vieillissement différencié selon qu'il s'agit d'un vieillissement prématuré (lié au développement de pathologies) ou de personnes handicapées avançant en âge – joue de manière qualitative et quantitative sur les besoins en termes d'accueil spécialisé. **Un problème de fluidité des parcours**, notamment dans l'accueil des enfants, est par ailleurs à souligner : le maintien temporaire de jeunes adultes de plus de 20 ans en établissement d'éducation spéciale dans l'attente d'une place dans un établissement pour adultes peut durer plusieurs années, et cela crée un effet « file d'attente » à l'entrée en établissement qui se traduit *in facto* par la transformation de structures dédiées à l'accueil de l'enfance handicapée en structures d'accueil d'adultes. Des **enjeux territoriaux** sont également à prendre en compte, notamment concernant l'organisation du transport des personnes handicapées : les déplacements quotidiens de personnes pour un accueil spécifique de jour induisent un recours important au transport sanitaire – alors que par ailleurs plusieurs heures de déplacements quotidiens peuvent être contre-indiquées pour l'état de santé des personnes transportées. Enfin, des questions de mobilités géographiques se posent aussi pour des familles des personnes handicapées lorsqu'une place se libère dans une autre région voire dans un pays limitrophe (telle la Belgique par exemple qui a développé une offre importante dans l'accueil des enfants autistes).



## CHAPITRE 2

# LE SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL, UN ACTEUR MAJEUR EN RÉGION

Le secteur sanitaire et social est pourvoyeur d'emplois et bénéficie d'une **relation particulièrement serrée entre formations et emplois**. Il s'agit d'un secteur qui concentre une part importante de **professions réglementées** dont l'exercice est très encadré par le code de la santé publique ou le code de l'action sociale et des familles. Aussi les **entrées dans les métiers sont sélectives** : par exemple, seul le diplôme d'État d'infirmier permet d'exercer la profession d'infirmier, et celle-ci ne peut être assurée sans avoir le diplôme.

**La structuration du marché du travail se transforme sous l'effet de plusieurs facteurs** : évolutions des besoins de la population, évolution des conditions d'exercice des métiers, évolution des politiques publiques, mise en œuvre de nouvelles formes de proximité, etc. Aussi, tout exercice d'anticipation de la relation entre formations et emplois du secteur sanitaire et social relève d'une équation complexe et à plusieurs inconnues ; les déterminants structurels du secteur se conjuguant nécessairement avec des effets d'ordre contextuel.

## 1. LE SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL, DES DYNAMIQUES RÉGIONALES CRÉATRICES D'EMPLOIS

### 1.1. LE SANITAIRE ET SOCIAL, UN SECTEUR EN DÉVELOPPEMENT

En 2011, le secteur *santé humaine et action sociale* est le **premier employeur de la région Provence - Alpes - Côte d'Azur**<sup>3</sup>. Près de 275 000 personnes exercent dans ce secteur (tous emplois confondus), soit 14 % de la population active. Plus de la moitié des professionnels du secteur exercent dans les « activités pour la santé humaine ». Un tiers exerce dans les établissements de l'« action sociale sans hébergement », les autres exercent dans l'« hébergement médico-social ».

Le dynamisme de ce secteur n'a pas été affecté par la crise de 2008 : en région Provence - Alpes - Côte d'Azur comme en France, il a connu **dix années ininterrompues de croissance de l'emploi durant la décennie 2000**. Entre 2006 et 2011, on dénombre ainsi plus d'un quart d'emplois supplémentaires en région Provence - Alpes - Côte d'Azur (soit 26 470 emplois) dans les activités d'« hébergement médico-social et social et l'action sociale sans hébergement ». Les « activités pour la santé humaine » continuent quant à elles de gagner des actifs mais dans une moindre mesure (+4 %, soit 4 960 emplois). Plus d'un emploi sur deux créé entre 2006 et 2011 l'a été dans le secteur *santé humaine et action sociale*.

Cette progression des emplois sectoriels ne signifie pas obligatoirement une progression identique des métiers spécifiques au sanitaire et social : alors que certains métiers ont gagné un grand nombre d'emplois comme ceux des aides-soignants (+ 3 820 emplois entre 2006 et 2011), des infirmiers libéraux (+ 1 890 emplois) et des cadres infirmiers et assimilés (+ 1 210 emplois), d'autres ont vu leurs effectifs baisser, tels les autres spécialistes de l'appareillage médical (-190 emplois), les infirmiers spécialisés (-180 emplois) ou les éducateurs techniques spécialisés et moniteurs d'atelier (-130 emplois). À noter également la croissance de certains métiers à petit contingent mais à fort dynamisme tels les AMP, qui voient leur effectif augmenter de 38 % entre 2006 et 2011.

<sup>3</sup> Nomenclature NA 38 de l'Insee : voir dans l'Annexe méthodologique le détail des différentes sous-activités prises en compte.

Par ailleurs, il importe de rappeler qu'un quart des professionnels exerçant un métier « sanitaire et social » (soit près de 34 000 actifs) ne travaillent pas dans ce secteur. C'est particulièrement vrai pour les assistants de service social, dont moins de la moitié (47 %) exercent dans le secteur sanitaire et social (source : Insee – RPLR 2006 et 2011 – Traitement ORM). De plus, certains métiers (diététiciens, techniciens de laboratoire de biologie médicale, manipulateurs en électroradiologie médicale), accessibles par plusieurs certifications, ont la particularité de pouvoir s'exercer dans d'autres secteurs d'activité.

## 1.2. MOINS DE DEMANDEURS D'EMPLOI ET UNE DURÉE DE CHÔMAGE PLUS COURTE

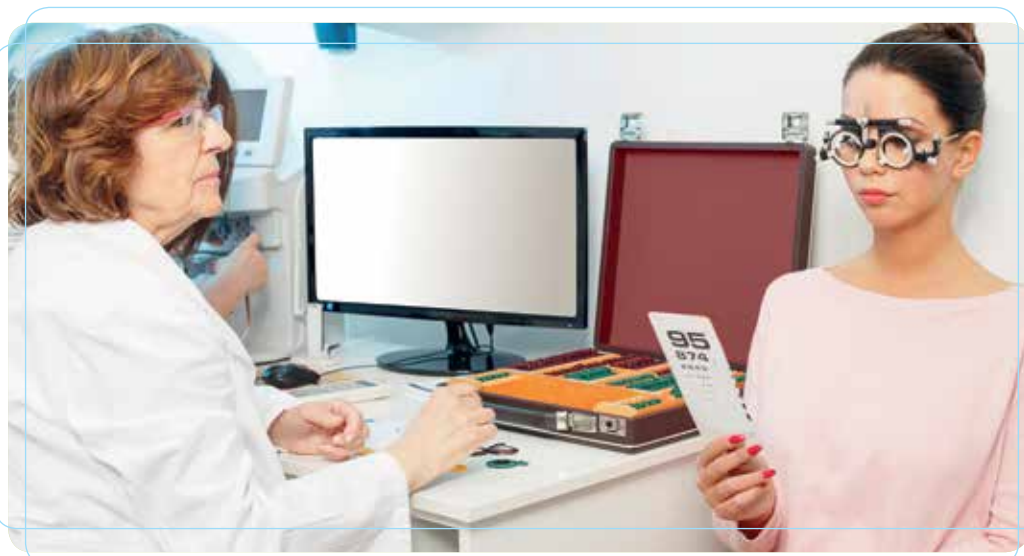
Le marché du travail du secteur sanitaire et social est contrasté. Toutes les situations existent : certains métiers peuvent connaître une pénurie de professionnels et d'autres faire face à un excès de main-d'œuvre, mais globalement il y a **moins de demandeurs d'emploi dans le secteur sanitaire et social** et une durée d'inscription à Pôle emploi moindre.

Fin décembre 2013, 13 410 professionnels sont inscrits comme demandeurs d'emploi dans les métiers<sup>4</sup> du sanitaire et social, soit 6 % de l'ensemble des demandeurs d'emploi. Les demandeurs d'emploi de longue durée (plus d'un an) sont beaucoup moins nombreux (33 % contre 39 % tous métiers confondus). Néanmoins, si les seniors sont moins fréquemment au chômage (18 % contre 22 % tous métiers confondus), les moins de 25 ans y sont tout aussi représentés que dans la demande d'emploi tous métiers confondus (source : Pôle emploi, Direccte – DEFM catégories A, B, C au 31 décembre 2013 – Traitement ORM).

## 2. UNE POPULATION FÉMININE ET PLUTÔT SENIOR

### 2.1. UNE MAJORITÉ DE FEMMES

Les métiers du sanitaire et social sont **majoritairement exercés par des femmes**. Elles occupent jusqu'à 98 % des emplois dans le cas des sages-femmes ou des puéricultrices, ou même 99 % des emplois des auxiliaires de puériculture. En revanche, les métiers d'ambulanciers, d'éducateurs techniques spécialisés, les spécialistes de l'appareillage médical (autres que les opticiens-lunetiers et les audioprothésistes) et les masseurs-kinésithérapeutes libéraux sont majoritairement exercés par des hommes. Cette tendance n'est pas propre à la région Provence - Alpes - Côte d'Azur.



<sup>4</sup> Métiers définis selon la nomenclature du Répertoire opérationnel des métiers et emplois (ROME) de Pôle emploi.

Pour autant, **certains métiers se masculinisent**. C'est le cas des techniciens médicaux où la part des femmes perd 5 points (passant de 77 % à 72 %), des assistants de service social où elle perd 4 points (passant de 95 % à 91 %) ou des cadres infirmiers et assimilés (passant de 88 % à 85 %). D'autres métiers progressent en revanche dans la féminisation : les infirmiers spécialisés, les cadres de l'intervention socio-éducative, les éducateurs spécialisés et les moniteurs éducateurs.

## 2.2. DES PROFESSIONS VIEILLISSANTES

La pyramide des âges vieillit globalement et certains métiers voient progresser la part des plus de 60 ans en exercice : 4 % des actifs en emploi ont 60 ans ou plus ; cette part atteint 12 % pour les masseurs-kinésithérapeutes libéraux. Presque la moitié des cadres infirmiers et assimilés ont 50 ans ou plus ; c'est aussi le cas pour 36 % des cadres de l'intervention sociale.

Entre 2006 et 2011, la part des jeunes reste constante mais cela masque des **disparités selon les métiers**. Plusieurs métiers voient la part des moins de 25 ans progresser dans leurs effectifs : les opticiens-lunetiers et audioprothésistes, les masseurs-kinésithérapeutes salariés, les auxiliaires de puériculture, les sages-femmes, les puéricultrices, les moniteurs éducateurs. Cette progression reste modeste, ne dépassant pas 4 points. Le métier le plus jeune est celui d'opticien-lunetier et audioprothésiste : 18 % ont moins de 25 ans alors que cette classe d'âge représente en moyenne 7 % des effectifs. *A contrario*, d'autres métiers comme ceux de préparateurs en pharmacie et d'ambulanciers salariés ont attiré moins de jeunes entre les deux recensements (source : Insee – RPLR 2011 – Traitement ORM).

## 2.3. UN RECOURS TRÈS MODÉRÉ AUX PROFESSIONNELS DE NATIONALITÉ ÉTRANGÈRE

Très peu de professionnels de nationalité étrangère exercent dans le domaine sanitaire et social. Depuis 2006, le pourcentage de Français en exercice en région Provence - Alpes - Côte d'Azur a même progressé : en 2006, il était de 98 %, il est de 99 % en 2011. Le recours aux professionnels de nationalité étrangère est très rare (source : Insee – RPLR 2006 et 2011 – Traitement ORM). Ainsi, 160 autorisations d'exercice ont été délivrées par la DRJSCS en 2013 pour les titulaires d'un diplôme communautaire de métiers du sanitaire et social, dont les actifs en emploi s'élèvent à plus de 100 000 en région en 2013 (source : DRJSCS – Pôle profession-formation).

# 3. DES CONDITIONS D'EMPLOI DIFFÉRENCIÉES

## 3.1. L'EFFET TAILLE DE L'ÉTABLISSEMENT

En région Provence - Alpes - Côte d'Azur, les **grands établissements concernent prioritairement la santé** : la majorité des salariés des activités pour la santé humaine exercent dans des établissements de 500 salariés et plus (58 %). Les deux CHU (Marseille et Nice) sont de loin les principaux employeurs. L'AP-HM regroupe environ 12 000 salariés sur quatre sites hospitaliers. Pour ce qui est de l'hébergement médico-social et social et l'action sociale sans hébergement, le constat est plus nuancé : près de la moitié des salariés (48 %) travaillent dans des établissements de taille moyenne, de 50 à 249 salariés (source : Insee – CLAP 2011 – Traitement ORM). À noter néanmoins : une tendance à la concentration des associations au sein d'entités plus importantes dans le médico-social sous l'effet d'incitations des pouvoirs publics à plus de coopérations dans un contexte budgétaire contraint.

## 3.2. UNE BONNE STABILITÉ DE L'EMPLOI, NOTAMMENT POUR LES MÉTIERS SANITAIRES

Selon le type d'employeur et le métier exercé, les conditions d'emploi dans le sanitaire et social ne sont pas les mêmes. **Les métiers du sanitaire présentent des conditions d'emploi stables** : 92 % des infirmiers en soins généraux sont en emploi durable (salariés CDI ou titulaires de la fonction publique), de même pour

90 % des infirmiers puériculteurs ou 90 % des ambulanciers, pour 86 % des aides-soignants ou pour 85 % des auxiliaires de puériculture. La part des professionnels salariés de la rééducation en contrat stable est également plus importante (92 % pour les autres professionnels de la rééducation et 90 % pour les masseurs-kinésithérapeutes) que celle de l'ensemble des métiers sanitaires et sociaux (87 %) et que celle tous métiers confondus (85 %). **Le constat est un peu plus nuancé pour les métiers du travail social** : si 91 % des assistants de service social sont en emploi durable, c'est le cas pour seulement 78 % des moniteurs éducateurs, pour 83 % des éducateurs spécialisés ou 84 % des éducateurs de jeunes enfants. Cela tient pour partie à la nature des établissements employeurs, souvent de plus petite taille que dans le sanitaire. Certains métiers ont gagné en stabilité au cours des dernières années : c'est le cas des opticiens-lunetiers et audioprothésistes (+ 16 points entre 2006 et 2011), des autres spécialistes de la rééducation salariés (+ 5 points), des éducateurs spécialisés (+ 4 points), des préparateurs en pharmacie (+ 3 points). D'autres métiers semblent se précariser, parfois assez fortement : les autres spécialistes de l'appareillage médical enregistrent une baisse de 13 points du nombre de CDI, les moniteurs éducateurs une baisse de 3 points.

### 3.3. MAIS DES DISPARITÉS S'OBSERVENT

Globalement, si le secteur sanitaire et social est caractérisé par une **bonne qualité de l'emploi**, des contre-tendances s'observent.

- Concernant la **structuration du marché de l'emploi au sein des hôpitaux** : au cours des dernières années, sous l'effet de réformes successives introduisant notamment la tarification à l'activité ou la mise en place de pôles d'activité, les structures hospitalières ont dû ajuster leurs effectifs au plus près des soins prodigués (pilotage financier par les recettes), privilégiant en certains cas une **flexibilisation de la main-d'œuvre** (pouvoir en CDD – dans le meilleur des cas – les postes dont la rentabilité n'est pas assurée, réaffecter en interne le personnel soignant en fonction des variations d'activité entre les services d'un même pôle, voire entre pôles différents...). (CEE, *Connaissance de l'emploi*, n° 109, avril 2014.)
- Le développement du **statut de « particulier employeur »**, portant en particulier sur l'offre médico-sociale ou sociale afférente aux services à la personne, interroge également la structuration du marché de l'emploi. Dans un contexte de vieillissement de la population, les besoins en accompagnement de la dépendance laissent présager une augmentation des effectifs salariés dans les services à la personne, **toutefois les conditions d'emploi proposées pourraient représenter un frein important à la croissance de ce secteur** : faiblesse des volumes horaires entraînant la multiplication des temps très partiels, conditions salariales peu rémunératrices et peu évolutives, recours à la multi-activité notamment dans les zones rurales de la région... (Sud Insee, *L'Essentiel*, n° 140, février 2010.)
- **Une part croissante des déclarations d'embauche relevant du secteur sanitaire et social peut s'accompagner de précarité.** Parmi les déclarations préalables à l'embauche de 2013, 16 % relèvent du secteur sanitaire et social (6 % sanitaire et 10 % social). Cette part est certes en hausse (elle n'était que de 12 % en 2009) et est essentiellement due au secteur social. Toutefois, au deuxième trimestre 2014, 93 % des déclarations préalables du secteur sanitaire et social portent sur des **contrats à durée déterminée** pour le secteur privé et même **85 % des déclarations renvoient à des CDD courts de moins de un mois**, sachant que dans la santé la part des employeurs privés embauchant en CDD courts est nettement supérieur à celle des employeurs publics ; dans le social, le contraste est moins marqué (source : Urssaf PACA – Acoiss – DPAE 2009 à 2013 et T2 2014 – Traitement ORM).
- La part du **temps partiel**, tous métiers confondus, n'est pas négligeable dans le secteur sanitaire et social en région Provence - Alpes - Côte d'Azur, avec un actif sur cinq qui y a recours. Ce sont les spécialistes

salariés de la rééducation (autres que les masseurs-kinésithérapeutes) qui exercent le plus fréquemment à temps partiel (38 % d'entre eux), puis les puéricultrices et les sages-femmes (31 %), les préparateurs en pharmacie (30 %) et les assistants de service social ainsi que les conseillers en économie sociale ou familiale (26 %). Ce constat est cependant à nuancer au regard de la **stabilité des contrats à temps partiel** : dans trois quarts des cas, les emplois salariés relèvent de contrats stables, et même dans 97 % des cas pour les infirmiers spécialisés (autres que puéricultrices). De plus, la part des temps partiels est globalement en baisse : cette baisse est la plus forte pour les éducateurs de jeunes enfants (ils étaient 30 % à temps partiel en 2006, ils sont 22 % en 2011). A *contrario*, certains métiers voient la part de l'exercice à temps partiel augmenter, mais la progression reste modeste (jamais au-dessus de 3 points).

- Le caractère **insérant** du secteur sanitaire et social doit être mis en regard du recours aux contrats aidés, concernant notamment les publics jeunes. Au 31 mai 2014, alors que 7 480 **emplois d'avenir (EAV)** sont présents dans le dispositif en région Provence - Alpes - Côte d'Azur, 601 sont dénombrés dans les métiers du sanitaire et social (soit 8 % des emplois d'avenir en région), parmi lesquels quatre sur cinq sont plus spécifiquement embauchés sur un **métier du social**. Le métier « facilitation à la vie sociale »<sup>5</sup> rassemble les deux tiers des effectifs EAV du sanitaire et social (dont les agents de médiation, par exemple). L'**accueil des jeunes enfants** est le domaine d'activités qui a le plus recours à ce dispositif (Source : ASP – données EAV au 31 mars 2014 – Traitement ORM). Mais par ailleurs, les **contrats de professionnalisation** ou les **contrats d'apprentissage** sont peu mobilisés dans le sanitaire et social, le coût de la formation représentant un effort conséquent pour l'employeur lorsqu'il n'est pas pris en charge.

## 4. DES SITUATIONS NUANCÉES SELON LES DÉPARTEMENTS

### 4.1. LA RÉPARTITION DES EMPLOIS

Au niveau infra-régional, le constat est celui de situations nuancées, les territoires sont inégaux devant l'évolution de l'emploi du secteur sanitaire et social. Certaines pôles urbains s'avèrent particulièrement dynamiques en termes de développement d'emplois dans le secteur – tel est le cas de Manosque (+ 7,2 % entre 2008 et 2013), de Draguignan (+ 4,2 %), d'Aix-en-Provence (+ 3,4 %) ou d'Arles (+ 3,1 %) – alors que d'autres connaissent un certain repli – c'est le cas de Cavaillon (– 7,8 %), de Digne (– 4,8 %), de Menton (– 4,5 %), de Briançon (– 4 %) ou de Nice (– 3,9 %). La répartition des effectifs en emploi reflète sensiblement le poids démographique des départements : plus les départements sont peuplés, plus le nombre d'actifs en emploi dans le secteur sanitaire et social est important.

**TABLEAU 1 RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES EFFECTIFS EN EMPLOI**

|                         | Activités<br>pour la santé humaine | Hébergement médico-social<br>et social et action sociale<br>sans hébergement |
|-------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Alpes-de-Haute-Provence | 3 %                                | 3 %                                                                          |
| Hautes-Alpes            | 4 %                                | 3 %                                                                          |
| Alpes-Maritimes         | 22 %                               | 22 %                                                                         |
| Bouches-du-Rhône        | 42 %                               | 40 %                                                                         |
| Var                     | 17 %                               | 20 %                                                                         |
| Vaucluse                | 11 %                               | 11 %                                                                         |
| <b>PACA</b>             | <b>100 %</b>                       | <b>100 %</b>                                                                 |

Source : Insee – DADS 2011 – Traitement ORM.

<sup>5</sup> ROME K1204 : mène des actions de médiation auprès d'un public ou d'institutions afin de contribuer à renforcer la cohésion sociale.

Les professionnels du sanitaire et social travaillent ainsi prioritairement dans les départements de la bordure littorale. Les Bouches-du-Rhône enregistrent d'ailleurs la moitié des déclarations préalables à l'embauche en 2013 (48 % pour la santé humaine, 50 % pour l'action sociale et l'hébergement médico-social) – même si le département n'occupe pas la moitié des effectifs (source : Urssaf PACA – Acof – DPAE 2013 – Traitement ORM). Ce département est aussi celui qui emploie les deux tiers des emplois d'avenir du secteur (contre 49 % des actifs tous métiers confondus), ce qui va bien au-delà de sa représentation du secteur (source : ASP – données EAV au 31 mars 2014 – Traitement ORM).

#### 4.2. UNE OFFRE DE SOIN ABONDANTE MAIS INÉGALEMENT RÉPARTIE

L'offre de soin et d'autonomie est globalement abondante en région Provence - Alpes - Côte d'Azur mais elle est inégalement répartie. Il existe ainsi de fortes disparités territoriales entre les départements. Les départements des Bouches-du-Rhône, des Alpes-Maritimes et du Var offrent une concentration importante d'**établissements de soins**. Le taux d'équipement en **structures d'hébergement des adultes handicapés** est quant à lui plus important dans les Hautes-Alpes que dans les autres départements de la région. Les structures adaptées pour le **travail des personnes handicapées** (ESAT) sont également plus nombreuses dans les Hautes-Alpes (source : DRESS – ARS – Données SAE 2011 déclarées par les établissements).

Malgré ces disparités, la densité de l'offre libérale de premier recours est en région Provence - Alpes - Côte d'Azur largement supérieure aux moyennes nationales, et cela dans tous les départements. Selon la FNORS, 73 % des cantons de la région ont des temps d'accès aux professionnels de santé libéraux de proximité (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes) inférieurs à la moyenne nationale.



### 5. UNE GOUVERNANCE NATIONALE AU PLUS PRÈS DES BESOINS DE LA POPULATION

Afin de lutter contre la désertification médicale de certains territoires (espaces ruraux ou quartiers urbains difficiles) qui s'est accélérée au cours des dernières décennies, l'action publique impulse depuis plusieurs années une **nouvelle façon de penser la proximité** dans le champ du sanitaire et social à travers la mise en place de différentes réformes.

Ainsi, la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009 prévoit que chaque agence régionale de santé (ARS) « définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours ». Aux termes de la loi, chaque territoire de santé est doté d'une instance consultative. La conférence de territoire « contribue à mettre en cohérence les projets

territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique ». Elle peut faire toute proposition au directeur général de l'ARS concernant l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé. Le décret n° 2010-347 du 31 mars 2010 précise la composition ainsi que les modalités d'installation et de fonctionnement des conférences de territoire.

Le « Pacte territoire-santé » lancé fin 2012 va dans le même sens. Il a pour objet de **lutter contre les inégalités territoriales** en matière de santé en agissant sur différents paramètres : la formation à l'ambulatoire des étudiants en médecine, l'installation de praticiens territoriaux de médecine générale, la coordination des professionnels à travers le déploiement de structures pluri-professionnelles telles les maisons de santé, le rapprochement des lieux de formation et des lieux de soins, le développement de la télémédecine, le transfert de compétences dans le suivi de certains patients ayant des maladies chroniques, l'adaptation de l'action publique en matière de santé aux contraintes locales de certains territoires...

Par ailleurs, un accord cadre interprofessionnel en date du 1<sup>er</sup> mars 2013, organisant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et un certain nombre de professions de santé<sup>6</sup>, poursuit également ces objectifs : développement des démarches favorisant la coordination des soins autour du parcours des patients, la facilitation du lien ville-hôpital, le partage de l'information entre professionnels de santé... De même, le projet de loi santé 2015 insiste sur la mise en place de la « **médecine de parcours** ». Celle-ci implique une meilleure structuration territoriale de l'offre de santé et donne un rôle clé aux acteurs de soins primaires.

La territorialisation de l'action publique en matière de santé se traduit par des transformations d'envergure qui, selon les territoires, peuvent prendre des formes différentes : transformation d'activités, développement et consolidation de l'offre de soins de premiers recours, développement des centres de santé, regroupements d'hôpitaux au sein de grands pôles techniques... En région Provence - Alpes - Côte d'Azur, différentes initiatives peuvent être soulignées, dont la mise en place d'une commission de coordination pour l'offre de proximité (CCOP) sous la présidence du préfet de région, ou encore le déploiement du dispositif « Maisons régionales de la santé ».

---

<sup>6</sup> Médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, biologiste responsable, pharmacien d'officine, transporteur sanitaire, auxiliaires médicaux, infirmière, masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, audioprothésiste.

## PARTIE II

# PORTRAIT EMPLOI-FORMATION

## CHAPITRE 1

# LES MÉTIERS DU SOIN

Les métiers du secteur sanitaire observés dans ce portrait regroupent les infirmiers en soins généraux, les aides-soignants, les infirmiers puériculteurs et les auxiliaires de puéricultures. Les ambulanciers, également rattachés à ce domaine d'observation, sont des professions paramédicales du secteur médico-technique.

## 1. LES INFIRMIERS

### CHIFFRES ET TENDANCES CLÉS

- **37 851 infirmiers** sont en emploi en région Provence - Alpes - Côte d'Azur en 2011, dont 9 990 exercent en libéral. Ils représentent l'effectif le plus important des professionnels du secteur de la santé.
- Sur la période 2006-2011, les effectifs en emploi ont **augmenté de 9 %**. Cette croissance est portée par les effectifs infirmiers libéraux (+23 % contre +5 % pour les IDE salariés en soins généraux).
- En 2014, la densité des infirmiers en région est supérieure au taux national quel que soit le département considéré. Cette surdotation est surtout due aux infirmiers libéraux.
- La part du quota national de places en formation attribué à la région Provence - Alpes - Côte d'Azur a augmenté de 2 points entre 2006 et 2011, néanmoins **la région reste en quatrième position en termes d'effectifs de formés derrière l'Île-de-France, Rhône-Alpes et le Nord - Pas-de-Calais**.
- Les infirmiers salariés sont les professionnels qui bénéficient de la plus grande **stabilité d'emploi (92 %)** parmi les métiers sanitaires observés.
- En 2011, plus d'un professionnel infirmier sur trois a 50 ans et plus parmi les libéraux et plus d'un sur quatre parmi les salariés. Il s'agit **d'un métier qui vieillit** : +5 points dans cette tranche d'âge (salariés et libéraux) entre 2006 et 2011 alors que la part des jeunes reste quasiment stable.
- Le métier d'infirmier en soins généraux est, parmi les métiers du soin observés, le métier où l'on note la **plus faible part de chômeurs de longue durée** : 26 % (infirmier en soins généraux et infirmiers de prévention).
- En 2013, les infirmiers représentent **un fort contingent de formés** : en première année, ils représentent plus d'un tiers des formés tous diplômes du paramédical et de sage-femme confondus (37 %).
- Il s'agit également du plus important contingent de formés par l'apprentissage pour les métiers du soin.
- Les lieux de formation sont localisés dans tous les départements de la région et les Bouches-du-Rhône rassemblent près de la moitié du total des diplômés (47 %).

- **L'augmentation du nombre de diplômés entre 2008 et 2013 est élevée** (56 %), il s'agit de l'augmentation la plus élevée parmi les métiers du soin observés.
- Alors que sur le plan national 84 % des effectifs inscrits en première année en 2010 seront diplômés en 2013, en région Provence - Alpes - Côte d'Azur le taux est de 89 %.



## ENJEUX EMPLOI-FORMATION

### Des projections d'emploi en croissance au niveau national

Selon les projections réalisées par la Drees<sup>7</sup>, le nombre global d'infirmiers en France continuerait à augmenter à l'horizon 2030 mais à un rythme moins soutenu (toutes spécialisations et tous modes d'exercice compris). La région Provence - Alpes - Côte d'Azur compterait en 2030 près de 55 000 professionnels infirmiers en activité, soit une hausse des effectifs de 39 % contre 37 % en France. La densité d'infirmiers augmenterait en région (de 826 en 2006 à 1 023 en 2030), de même en France (de 760 à 929). De ces projections 2006 à 2030, il ressort que l'écart de densité va aller croissant entre la région Provence - Alpes - Côte d'Azur et la France.

### Un consensus fragile sur les besoins de main-d'œuvre infirmière

#### Plusieurs facteurs jouent à la hausse sur le besoin de professionnels infirmiers :

- Le vieillissement de la population, avec une part des résidents de la région Provence - Alpes - Côte d'Azur de 60 ans et plus en forte augmentation.
- L'allongement de l'espérance de vie de la population et notamment celle des adultes handicapés, accroissant le besoin en soins médicaux.
- La plus grande longévité des patients atteints de maladies chroniques et le développement des soins palliatifs.
- La baisse prévisible du nombre de médecins dans les dix prochaines années.
- Les nouvelles orientations des prises en charge, avec la nécessité d'une offre de soin adaptée au maintien à domicile et à la préservation de l'autonomie dans un contexte de montée en charge de la dépendance.
- Une pyramide des âges du métier vieillissante : la part d'infirmiers de 50 ans et plus est importante en région. Elle varie de 27 % pour les infirmiers en soins généraux à 36 % pour les infirmiers libéraux, sachant que la moyenne pour l'ensemble des métiers sanitaires et sociaux est de 27 % pour les plus de 50 ans.



<sup>7</sup> Drees, « La démographie des infirmiers à l'horizon 2030 : un exercice de projections aux niveaux national et régional », mai 2011 – scénario tendanciel s'appuyant sur l'hypothèse de comportements constants des infirmiers.

### D'autres facteurs mettent en relief une baisse du besoin en professionnels infirmiers :

- La réforme statutaire touchant les infirmiers salariés de l'hôpital public rendant possible le passage en catégorie A des personnels infirmiers a eu pour effet de freiner les départs à la retraite (passant de 55 à 60 ans). Il s'agit cependant d'un élément conjoncturel dont les effets devraient s'estomper.
- Les budgets contraints limitent le recours aux remplacements au sein des établissements et plusieurs hôpitaux du secteur public doivent répondre à des contrats de retour à l'équilibre. Cette tendance tire les effectifs vers une diminution globale, qui d'ailleurs ne touche pas que le personnel soignant.
- L'enquête en besoin de main-d'œuvre met en visibilité les intentions d'embauches exprimées par les entreprises pour les infirmiers, cadres infirmiers et puéricultrices (ces métiers ne pouvant être isolés les uns des autres dans leurs statistiques) : baisse des besoins de main-d'œuvre exprimés, baisse du pourcentage de recrutements jugés difficiles en raison d'un plus grand nombre de candidatures.
- Les réorganisations d'activité avec le développement volontariste des soins en ambulatoire (affectant les effectifs salariés des équipes de nuit) et celui des hospitalisations à domicile (HAD) (mobilisant aussi des professionnels de santé de ville).

### L'insertion des jeunes diplômés infirmiers : une nouvelle ère ?

Si le métier d'infirmier bénéficie globalement d'une grande stabilité, les conditions d'accès au métier pour les jeunes diplômés s'avèreraient plus difficiles qu'au cours des précédentes années : insertion moins rapide avec un choix plus limité d'implantations géographiques ou d'établissements employeurs, et dans des conditions moins stables (le taux de placement à la sortie du diplôme est élevé mais les primo-insertions en CDD, sans perspectives claires de renouvellement, sont en augmentation selon le Cefiec). À noter également, l'universitarisation de la formation induit des effets en ce sens avec une arrivée massive de jeunes diplômés sur le marché du travail au même moment de l'année, sans étalement des sorties. Le problème est semblable concernant la recherche de stages en soins infirmiers.

La difficulté à trouver un emploi tient moins à un problème d'effectifs pléthoriques qu'à un problème de répartition de ces effectifs et d'attractivité des services ou des territoires. Sont souvent plébiscités par les professionnels nouvellement diplômés la pédiatrie, la chirurgie, le bloc opératoire, la médecine, parce que ce sont des services où ils pourront parfaire leur technicité, cœur de métier, qui assurera leur employabilité pour la mise en route de leur carrière. En revanche, certains services (gériatrie, psychiatrie), certains types d'établissements (Ehpad) ou territoires enclavés connaissent une certaine désaffection. Pour l'ARS, l'abondance globale de l'offre en région Provence - Alpes - Côte d'Azur masque des difficultés croissantes de recrutement au niveau des petites communes ou des établissements médico-sociaux.

Selon la Drees, en région Provence - Alpes - Côte d'Azur 86 % des diplômés actifs exercent dans la même région que celle de leur diplôme<sup>8</sup>. La région fait partie de celles qui retiennent le plus leurs étudiants (86 % contre 78 % pour la France). De plus, il s'agit d'une région où la part d'infirmiers en exercice n'ayant pas obtenu leur diplôme en région est proche de la moyenne française (27 % contre 24 % en France).

À signaler : en 2012 un effet conjoncturel de difficulté d'insertion lié à la sortie à la même date de deux promotions d'infirmiers en région Provence - Alpes - Côte d'Azur (dans le cadre de la mise en place de l'universitarisation des diplômes sanitaires).

Enfin, nombre de jeunes diplômés postulent, dans un contexte de recrutements plus tendu, vers le privé commercial qui reste un domaine fortement pourvoyeur d'emplois.

### Les pratiques avancées : glissement de rôles et renforcement de besoins infirmiers très qualifiés

Dans un contexte de gestion de la main-d'œuvre au plus près des coûts et alors que des tensions croissantes affectent les effectifs de médecins, le rôle de l'infirmier est amené à évoluer, avec notamment le développement souhaité des délégations de compétences médicales. Ainsi, l'infirmier peut être amené,

<sup>8</sup> Drees, La Profession infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles, série « Études et recherches », document de travail n° 101, novembre 2010.

dans un cadre dérogatoire, à réaliser des actes de la compétence du médecin. Les services de santé au travail évoluent également dans ce sens en déléguant aux infirmiers le suivi des salariés en surveillance médicale simple. Dans le même temps, le glissement des rôles et des fonctions se vérifie à tous niveaux : du médecin vers l'infirmier, de l'infirmier vers l'aide-soignant, de l'aide-soignant vers l'auxiliaire de vie sociale, etc. ; tout cela devant être à nouveau bousculé par d'éventuelles fusions ou repositionnement de diplômes. Parallèlement, les besoins en infirmiers spécialisés se renforcent avec la création de nouveaux métiers tels l'infirmier spécialisé clinicien. L'universitarisation joue d'ailleurs dans le sens de la mise en place de plusieurs grades d'infirmiers et de différents niveaux d'exercice.

**Entre la prévision de formés guidés par les quotas et la réalité des diplômés accédant au marché du travail, plusieurs biais existent**

Faire varier les quotas a un impact à la hausse ou à la baisse rapide sur les effectifs en activité du fait de la durée relativement courte des études. La fixation des quotas pour le nombre de formés doit prendre en compte différents « biais » :

- Au niveau national, la Drees signale que, depuis la deuxième réévaluation des quotas en 2003, on constate un écart moyen de – 8 % entre les nouveaux entrants en institut de formation et le quota national qui a été arrêté<sup>9</sup>.
- Toujours selon la Drees, il existe une déperdition entre les quotas et le nombre de diplômés trois ans après (au niveau national ce ne sont qu'environ 80 % des premiers inscrits une année qui obtiennent les diplômes d'infirmier trois ans plus tard).
- Enfin, un quota régional doit se décliner par territoire. Selon l'ANFH, si l'appareil de formation est, en nombre, bien dimensionné, l'augmentation des quotas a amené parfois un surdimensionnement en zone rurale des effectifs sortants.



<sup>9</sup> Drees, La Profession infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles, série « Études et résultats », n° 759, mai 2011.

## 2. LES AIDES-SOIGNANTS

### CHIFFRES ET TENDANCES CLÉS

- **28 382 aides-soignants** sont en emploi en région Provence - Alpes - Côte d'Azur en 2011. Ce métier représente 20 % des professionnels exerçant un métier sanitaire ou social. En termes d'effectif, c'est le deuxième métier du secteur sanitaire et social, après les infirmiers.
- En 2011, contrairement aux autres métiers du soin observés, **la densité des aides-soignants est inférieure en région** au regard de la France : 577 professionnels pour 100 000 habitants contre 635 au niveau national.
- En 2011, **un professionnel sur quatre a 50 ans et plus (25 %)**. Un constat quasiment identique peut être fait pour l'ensemble des métiers sanitaires et sociaux (27 %). Cependant ce métier vieillit : si la part des moins de 25 ans est constante entre 2006 et 2009 (9 %), celle des 50 ans et plus est en croissance (de 21 % à 25 %).
- Depuis 2012, comme pour les aides médico-psychologiques et les auxiliaires de puériculture, la part des recrutements jugés difficiles par les employeurs décroît, même si en 2014 ces professionnels font encore partie des dix métiers avec les plus fortes difficultés de recrutement.
- En 2013, les aides-soignants représentent plus d'un tiers (37 %) des inscrits en première année de formations paramédicales ou de sage-femme. Ils représentent un important contingent de formés avec un **âge moyen en première année de formation parmi les plus élevés** des formations paramédicales ou de sage-femme (29 ans).
- Le nombre de formés en contrat par alternance, qu'il s'agisse de l'apprentissage ou du contrat de professionnalisation, est faible au regard du total des effectifs inscrits en formation.
- Parmi les professionnels en emploi, on constate une **part importante des surqualifiés** : plus de la moitié d'entre eux possèdent un niveau IV et plus.

### ENJEUX EMPLOI-FORMATION



#### Des besoins de main-d'œuvre qui ne devraient pas faiblir

Selon une étude nationale de France Stratégie et de la Dares, l'aide-soignant est, après l'aide à domicile, le métier qui bénéficierait à l'avenir des plus importants volumes de création nettes d'emplois : plus de 100 000 en France entre 2012 et 2022<sup>10</sup>. Si l'on ajoute les départs en retraite prévisibles, ce sont environ 230 000 postes qui seraient à pourvoir pendant cette période.

#### Des glissements de fonctions en faveur du développement de leurs effectifs ?

Les nouvelles organisations du travail générées par les budgets contraints s'appuient sur des glissements de tâches. Des responsabilités ou des postes autrefois dévolus aux infirmiers pourraient l'être aux aides-soignants, avec un impact sur le maintien ou le développement de leurs effectifs. La progression du niveau d'exigence est aussi constatée dans la fonction publique hospitalière, où le métier d'aide-soignant fait partie

<sup>10</sup> « Les métiers en 2022, résultats et enseignements. Rapport d'étape », France Stratégie-Dares, juillet 2014. Résultats émis à partir du « scénario central », métiers selon la nomenclature FAP en 87 postes de 2009.

des métiers signalés « en évolution », notamment avec le transfert de compétences attachées jusqu'ici aux infirmiers en soins généraux.

*A contrario*, dans les établissements où les soins sont moins techniques (Ehpad par exemple), c'est la mise en concurrence avec d'autres métiers, tels les auxiliaires de vie ou les auxiliaires en gérontologie, qui s'observe. Mais ce constat devrait se moduler à terme en raison du repositionnement probable de la formation d'aide-soignant à niveau IV (cf. ci-dessous).

#### **Les aides-soignants : des métiers clés pour la filière de la dépendance, notamment dans le privé non lucratif<sup>11</sup>**

Dans le secteur privé non lucratif, le poids des aides-soignants se renforce dans le champ de l'aide aux personnes âgées et amorce une progression visible dans celui de l'aide aux personnes handicapées. L'action publique, orientée selon une politique volontariste de soutien au développement de la filière de la dépendance, apporte son concours au financement d'initiatives dans ce secteur. Cela devrait avoir un impact positif sur les besoins de main-d'œuvre, et notamment ceux concernant les aides-soignants.

Si l'on ajoute les départs en retraite prévisibles (la région Provence - Alpes - Côte d'Azur fait partie des régions où le taux d'aides-soignants âgés de 55 ans et plus est le plus élevé), le nombre d'emplois à pourvoir devraient être conséquent.

La question est d'importance pour les établissements accueillant des personnes âgées : 45 % d'entre eux déclarent connaître des difficultés de recrutement d'aides-soignants.

#### **Répondre aux besoins de main-d'œuvre : plusieurs dispositifs de formations mobilisables**

En 2011, la densité des aides-soignants en région est inférieure à celle de la France. C'est un point important à prendre en compte pour anticiper les besoins de main-d'œuvre. Le renforcement de la formation initiale n'est pas la seule réponse possible aux besoins de professionnels. Il existe plusieurs voies d'accès à ces postes :

- l'appel à de nouveaux diplômés ;
- des recrutements externes ;
- mais également la promotion interne de professionnels ayant tenu des fonctions proches.

Pour ce faire, plusieurs dispositifs de formation sont mobilisables : la formation initiale comme la formation continue ou la VAE, mais également la formation en alternance, encore marginale en termes d'effectifs.

#### **Toujours un métier d'insertion et de promotion sociale ?**

Ce métier, porteur d'emplois, est reconnu par un diplôme de niveau V. Il peut jouer un rôle d'insertion pour des personnes peu qualifiées. Ainsi, 63 % des inscrits en formation préparatoire à l'entrée dans un institut de formation étaient auparavant au chômage, 10 % au RSA et un tiers (32 %) n'avaient aucun diplôme.

Il permet aussi une promotion sociale, par exemple pour des agents de services hospitaliers, via notamment la VAE. Ainsi, 15 % des répondants inscrits en formation DEAS sont des salariés du secteur privé ou public. Cependant, la réalité actuelle du niveau de diplôme des professionnels en emploi ou ayant réussi le concours d'entrée en DEAS n'est pas celle du niveau V : d'une part, la majorité des professionnels en exercice en 2011 possèdent un niveau de diplôme supérieur au niveau V, d'autre part, plus de la moitié des répondants inscrits en formation DEAS (54 %) possèdent un diplôme de niveau IV et plus avant l'entrée en formation. Le diplôme d'aide-soignant fait d'ailleurs partie de ceux qui pourraient être prochainement repositionnés à un niveau plus élevé (IV plutôt que V). La refonte annoncée du DEAS et du DEAMP en un seul diplôme avec tronc commun créerait pour sa part un nouveau diplôme positionné à niveau V.

En conséquence, si le diplôme d'aide-soignant doit continuer à être un levier d'insertion pour les personnes peu qualifiées, les formations préparatoires s'avèrent indispensables.

<sup>11</sup> Les constats présentés ici s'appuient sur l'« Enquête emploi 2012. Portraits métiers », de l'observatoire de l'OPCA Unifaf, auquel un grand nombre d'établissements adhèrent.

### Aménager les fins de carrière : quelles passerelles vers quels métiers ?

Différents éléments complexifient la gestion de fin de carrière des aides-soignants : peu de mobilités géographiques de la part de ces professionnels, une pyramide des âges vieillissante, de forts risques d'usure physique et psychologique (il s'agit d'un métier « sous pression » selon la typologie de la Dares<sup>12</sup>), peu de possibilités d'évolution « verticale » (le diplôme d'État d'infirmier est très exigeant).

Renforcer les réflexions sur les passerelles vers des métiers où les conditions de travail soient plus adaptées et des mobilités « horizontales » pourrait être un levier d'action.

## 3. LES INFIRMIERS PUÉRICULTEURS

### CHIFFRES ET TENDANCES CLÉS

- Les infirmiers puériculteurs sont une spécialisation du métier d'infirmier ou de sage-femme. **1 715 infirmiers puériculteurs** sont en emploi en région Provence - Alpes - Côte d'Azur en 2011, il s'agit d'un effectif modeste.
- C'est un métier fortement exercé par des femmes : elles représentent 98 % des effectifs en emploi en 2011. En formation, elles constituent 100 % des effectifs.
- **Neuf infirmiers puériculteurs sur dix exercent en contrat sans limite de durée** (CDI ou titulaire de la fonction publique).
- **Le temps partiel concerne presque un infirmier puériculteur sur trois** (31 %). Dans le classement de l'exercice à temps partiel, avec les sages-femmes (31 %), c'est le deuxième métier, après les « autres spécialistes de la rééducation salariés » (38 %).
- La formation d'infirmier puériculteur est **l'une des rares formations où l'évolution du nombre de formés est en baisse** entre 2008 et 2013 (- 8 % contre + 21 % toutes formations du paramédical et de sages-femmes confondus). Il en est de même pour le nombre des diplômés.



<sup>12</sup> « Des risques professionnels contrastés selon les métiers », Dares, Analyses, n° 39, mai 2014.



## ENJEUX EMPLOI-FORMATION

### **L'entrée des hommes dans le métier reste marginale**

La part des femmes est particulièrement élevée en formation (100 %), plus qu'en emploi (98 %). Cela interroge sur les possibilités de masculinisation du métier alors qu'une évolution sociétale met en relief le nouveau partage des tâches concernant la toute petite enfance. Professionnellement, les hommes continuent à ne quasiment pas investir les métiers ciblant les soins aux tout-petits, tendance que l'on retrouve aussi pour les auxiliaires de puériculture – professionnels assurant des soins rapportées socialement à une fonction de « maternage ».

### **Vers une baisse des recrutements d'infirmiers puériculteurs à des postes de direction ou de gestion de structures**

Les infirmiers puériculteurs exercent majoritairement dans le secteur hospitalier (un sur deux), secteur bien identifié lors de leur formation et en continuité avec leur cursus d'infirmier. Seuls 16 % d'entre eux exercent dans l'accueil de la petite enfance. Ce pourcentage devrait être majoré en prenant en compte les infirmiers puériculteurs exerçant en tant que responsables de structure. Néanmoins, ces professionnels investissent de moins en moins ces fonctions : leur formation intègre peu de compétences de gestion et les lieux d'accueil de la petite enfance ne sont pas identifiés comme terrain de stage. Enfin les profils prioritairement recherchés pour la direction de structures sont de plus en plus ceux des éducateurs de jeunes enfants.

### **Développement à prévoir des puériculteurs « de ville » ?**

Les infirmiers puériculteurs peuvent aussi avoir une activité libérale qui regroupe un exercice « de ville » (consultation au cabinet ou visite à domicile). Les soins en ville peuvent éviter une hospitalisation, en raccourcir le temps, ou éviter des séparations mère-enfant. Dans leur rôle propre, ils peuvent aussi avoir pour projet l'intervention auprès de l'enfant et sa famille dans le champ de la prévention, de l'éducation, des relations intra-familiales. L'activité de l'infirmier puériculteur a pour objet de répondre à la demande des familles, pour des soins techniques ou relationnels.

Un des enjeux de cette valorisation des interventions à domicile est celui de la répartition géographique des professionnels, selon l'Association nationale des puéricultrices diplômées et des étudiants, ANPDE). Cette dernière souligne l'hétérogénéité nationale de l'offre selon les milieux urbains ou ruraux de ce qu'ils désignent comme « un quatrième secteur d'activité ».

### **Créer un statut d'infirmier puériculteur conventionné**

Néanmoins, pour facturer des soins, l'infirmier puériculteur devra se déclarer auprès de l'ARS en tant qu'infirmier, ou sage-femme, mais non comme infirmier puériculteur – d'ailleurs cette profession n'est pas réglementée. Toujours selon l'ANPDE, la reconnaissance de ce « quatrième secteur d'activité » permettrait le développement de l'exercice de l'infirmier puériculteur : visites à domicile et consultations au-delà de la prestation proposée par la Sécurité sociale d'un suivi « mère-enfant » par une sage femme libérale dans les douze jours suivant l'accouchement. Ce projet est en cohérence avec le développement des soins ambulatoires afin de réduire les temps d'hospitalisation et de développer la médecine de proximité.

### **Un métier signalé à enjeux dans la fonction publique hospitalière**

Sur la base des 26 métiers sensibles identifiés par le ministère de la Santé, l'Association nationale pour la formation permanente dans la fonction publique hospitalière (ANFH) cite le métier d'infirmier puériculteur parmi les 18 premiers métiers à enjeux selon des critères de représentativité en région Provence - Alpes - Côte d'Azur.

## 4. LES AUXILIAIRES DE PUÉRICULTURE

### CHIFFRES ET TENDANCES CLÉS

- **6 739 auxiliaires de puériculture** sont en emploi en région Provence - Alpes - Côte d'Azur en 2011.
- Leur progression entre 2006 et 2011 est de **+ 18 %, soit l'évolution la plus importante** des métiers du soin observés.
- Les femmes représentent 99 % des effectifs en emploi. Avec le métier d'infirmier puériculteur, il s'agit du métier sanitaire et social où elles sont le plus représentées. De même les effectifs en formation concentrent une part de femmes nettement plus importante (99 %) que dans toutes les formations paramédicales et de sage-femme confondues (81 %).
- Il s'agit du métier du soin où la **part des moins de 25 ans est la plus importante** : 10 % en 2011.
- Depuis 2012, la part des recrutements jugés difficiles par les employeurs décroît, même si en 2014 les auxiliaires de puériculture, les aides-soignants, les aides médico-psychologiques et les assistants médicaux font encore partie des dix métiers avec les plus fortes difficultés de recrutement.
- **Les effectifs en première année de formation n'ont pas cessé de croître** entre 2008 et 2013 et de façon nettement plus marquée que pour l'ensemble des formations paramédicales et de sage-femme : + 62 % contre + 21 %. Il s'agit de la progression la plus importante parmi les métiers du soin observés.
- La formation au métier d'auxiliaire de puériculture est la plus jeune parmi les métiers de niveau V sanitaires et sociaux.
- L'entrée en école d'auxiliaire de puériculture est très sélective : 4 700 candidats, mais 527 places offertes.
- En 2011, la part des diplômés ayant un niveau supérieur au niveau requis pour exercer le métier d'auxiliaire de puériculture est majoritaire (55 %) et elle est en augmentation entre 2006 et 2011 (+6 points).

### ENJEUX EMPLOI-FORMATION



#### Un diplôme qui permet des mobilités sectorielles

Le diplôme d'auxiliaire de puériculture offre des possibilités d'embauche à la croisée du sanitaire et du social : nombre de professionnels intègrent soit les structures d'accueil de jeunes enfants, soit les activités hospitalières. Les mobilités sectorielles entre les deux sont fréquentes. Après trois ans d'expérience dans le secteur hospitalier ou médico-social, les auxiliaires de puériculture ont d'ailleurs la possibilité de se présenter aux concours d'entrée en formation d'infirmier des IFSI (places réservées) et bénéficient de dispenses de scolarité.

L'analyse des cursus partiels des professionnels qui, en cours de vie active, se dirigent vers le métier d'auxiliaire de puériculture, va également dans ce sens : ces professionnels viennent aussi bien du sanitaire que du social (ils peuvent être titulaires d'un DEAS, d'un DEAVS, d'un DEAMP, d'un baccalauréat

professionnel ASSP [accompagnement, soins et services à la personne] ou Sapat [services aux personnes et aux territoires], etc.).

L'Onisep signale également une forte concurrence, notamment dans les crèches et les haltes-garderies, avec le métier d'assistante maternelle.

#### **Une bonne dynamique de recrutement**

Comme d'autres professionnels de l'accueil de la petite enfance – les éducateurs de jeunes enfants notamment –, les auxiliaires de puériculture connaissent une bonne dynamique de recrutement sur le marché du travail. La croissance des emplois d'auxiliaires de puériculture est de + 18 % entre 2006 et 2011, contre + 12 % pour l'ensemble des métiers du sanitaire et social.

Le développement des structures d'accueil de la petite enfance en région Provence - Alpes - Côte d'Azur explique pour partie cette évolution et laisse présager une poursuite de cette dynamique.

#### **Des professionnels surqualifiés**

Une tendance de plus en plus marquée à la surqualification caractérise les professionnels du travail sanitaire et social. Les auxiliaires de puériculture sont particulièrement concernés avec 55 % de professionnels possédant un niveau de diplôme supérieur à celui requis pour l'exercice du métier.

#### **Une formation à forte sélectivité et qui reste très attractive**

Selon différents acteurs, le diplôme, homologué au niveau V, mériterait une meilleure reconnaissance : il est positionné sur le marché du travail au même niveau que le CAP petite enfance alors que la formation est nettement plus exigeante. La sélectivité à l'entrée en formation en rend compte : en 2013, 4 739 candidats se sont présentés aux épreuves de sélection, parmi eux 27 % ont été déclarés admissibles (sur liste principale ou complémentaire). Par ailleurs, l'attractivité de cette formation ne se dément pas puisqu'en 2013 on comptait neuf candidats pour une place de formation.



## 5. LES AMBULANCIERS

### CHIFFRES ET TENDANCES CLÉS

- **3501 ambulanciers** salariés sont en emploi en région Provence - Alpes - Côte d'Azur en 2011 (conducteurs d'ambulances et de véhicules sanitaires légers).
- Les femmes représentent seulement un quart des effectifs (24 %). C'est le métier où la part des femmes est la plus faible, rejoignant la tendance observée pour les professions du transport routier. Ce constat tend même à se renforcer : en 2006 elles représentaient 27 % des effectifs. Du côté de la formation, un apprenant sur quatre est une femme (25 %) – une proportion équivalente à celle que l'on retrouve dans l'emploi (24 %).
- Les ambulanciers salariés exercent dans neuf cas sur dix avec un contrat sans limite de durée. La **stabilité de leur emploi est supérieure à la moyenne régionale** des métiers du secteur sanitaire et social et tous métiers confondus.
- La part des salariés à temps partiel est la plus faible de tous les métiers du secteur sanitaire et social.
- La part des chômeurs de longue durée est plus importante qu'en moyenne tous métiers du secteur sanitaire et social (37 % contre 33 %). Elle se rapproche de la moyenne régionale, tous métiers confondus.
- **La moyenne d'âge des inscrits en première année de formation est supérieure** à celles de l'ensemble des formés (31 ans contre 27 ans). C'est même la moyenne d'âge la plus élevée si l'on excepte les spécialités infirmières.
- Ce diplôme est reconnu à niveau V, mais 40 % des professionnels en emploi possèdent un niveau IV ou plus. Cette « **surqualification** » au regard du diplôme tend à s'accroître (ils étaient 33 % en 2006).

### ENJEUX EMPLOI-FORMATION



#### La place du transport sanitaire appelée à se renforcer dans la chaîne des soins

Selon le ministère de la Santé, les nouveaux modes de prise en charge des patients, le raccourcissement des durées de séjour en structures hospitalières et la restructuration des plateaux techniques imposent davantage de transport sanitaire.

Des évolutions d'ordre sociétal vont dans le même sens : vieillissement de la population, augmentation des situations de perte d'autonomie et développement de la médecine ambulatoire.

#### Le transport sanitaire : au croisement d'une logique de coût et d'une diversité de prestations

Les ambulanciers (titulaires du diplôme d'État d'ambulancier) sont concernés par ces évolutions. Ils ne sont toutefois pas les seuls professionnels à effectuer du transport sanitaire. Celui-ci engage plusieurs types de prestataires. Outre les ambulanciers, les conducteurs de véhicule sanitaire légers (VSL), les pompiers, le SAMU, les chauffeurs de taxi, etc. sont mobilisables. Ils interviennent selon la situation médicale de la personne à transporter : urgence vitale, nécessité de transport en position allongée ou semi-assise (ambulance), possibilité de transport assis (VSL), etc. Les coûts facturés pour les différents types de sortie varient fortement.

Selon la prestation, les qualifications professionnelles requises diffèrent. Ainsi, la conduite d'une ambulance nécessite un diplôme d'État d'ambulancier (ou l'ancien certificat à la conduite d'ambulance). Celle d'un VSL requiert une attestation de formation d'auxiliaire ambulancier.

La diversité des réponses à apporter aux situations, celle des compétences et des qualifications requises et la stabilisation des coûts afférents fait actuellement l'objet de réflexions quant aux régulations à mettre en œuvre de la part des pouvoirs publics.

#### **Des évolutions réglementaires qui affectent les besoins de main-d'œuvre ambulancière**

La mise en place de permanences ambulancières de jour (appelées H 24) pour répondre à des situations d'urgence, en complément des gardes départementales (nuits, week-end et jours fériés), va dans le sens d'un accroissement des sorties d'ambulances.

La permanence des soins en médecine ambulatoire (nuit, week-end et jours fériés) régule les déplacements des médecins au chevet du malade. Selon les cas, il peut désormais être décidé de « déplacer » non le médecin mais le patient en mobilisant une ambulance. Cette pratique pourrait être amenée à se développer. Les besoins de main-d'œuvre découlant de l'ensemble de ces évolutions vont porter sur les professionnels titulaires du DEAMB mais également sur les auxiliaires ambulanciers, leurs « binômes » dans les véhicules.

#### **Des impacts sur les exigences dans la sélection et la formation des ambulanciers**

Les responsabilités croissantes des ambulanciers, appelés à intervenir au plus près des besoins des usagers, impliquent une montée en compétences « sanitaires » des professionnels et le maintien de celles-ci. La formation initiale comme la formation continue des salariés devront répondre à ces nouveaux enjeux, sur les plans tant quantitatif que qualitatif. Cela pourrait éclairer la tendance récente à un décalage entre les exigences des centres de formation lors de la sélection des candidats et le profil de ces derniers.



## CHAPITRE 2

# LES MÉTIERS DU TRAVAIL SOCIAL

Les métiers du travail social observés renvoient à différents métiers de la filière éducative (éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, éducateurs de jeunes enfants, aides médico-psychologiques, cadres de l'intervention socio-éducative) ainsi qu'au métier d'assistant de service social..

## 1. LES ÉDUCATEURS SPÉCIALISÉS

### CHIFFRES ET TENDANCES CLÉS

- Le métier d'éducateur spécialisé est le premier métier du travail social en région Provence - Alpes - Côte d'Azur : **8235 éducateurs spécialisés** sont en emploi en région en 2011.
- Un métier qui se féminise même s'il concentre moins de femmes que d'autres métiers du travail social : 68 % des éducateurs spécialisés sont des femmes en 2011, contre 64 % en 2006.
- En 2011, presque un professionnel sur quatre a 50 ans et plus (24 %), constat proche de celui que l'on peut faire pour l'ensemble des métiers sanitaires et sociaux (27 %). La part des jeunes est quant à elle légèrement inférieure à celle tous métiers sanitaires et sociaux (5 % contre 7 %). À noter : **entre 2006 et 2011, les parts des plus âgés et des plus jeunes restent stables** (passage de 23 à 24 % pour les plus de 50 ans et de 6 à 5 % pour les moins de 25 ans).
- L'âge moyen en première année de formation est le plus jeune des formations du travail social : 23 ans (avec les CESF), proche des EJE (24 ans).
- **La formation d'éducateur spécialisé est celle qui mobilise le plus l'apprentissage** parmi les formations du travail social. Parmi ces formations, un apprenti sur deux prépare le diplôme d'État d'éducateur spécialisé.

### ENJEUX EMPLOI-FORMATION



#### Un métier au cœur de la filière éducative

Le métier d'éducateur spécialisé est un métier qui comprend une part relativement stable de jeunes professionnels et une part également relativement stable de professionnels âgés. Ces éléments laissent penser qu'il s'agit d'un métier bien positionné au sein de la filière éducative, bordé d'une part par le métier de moniteur éducateur, d'où proviennent nombre de professionnels en cours de vie active, et d'autre part par celui de cadre de l'intervention socio-éducative (Caferuis), vers lequel peuvent évoluer les éducateurs spécialisés.

#### La montée en puissance de la part gestionnaire de l'activité des éducateurs spécialisés questionne les contenus de formation

L'éducateur spécialisé, tout comme l'éducateur de jeunes enfants, est de plus en plus mobilisé sur des aspects d'encadrement administratif et gestionnaire des projets à mettre en place. Ces exigences se jouent tant à l'interne des structures (montage et suivi de projets, prospection et réponse à des appels d'offres, travail en réseaux, suivi qualité...) qu'à l'externe (réglementation de plus en plus contraignante dans la mise en œuvre des activités éducatives).

Au regard de ces exigences nouvelles, la pédagogie de la formation initiale doit adapter ses contenus de formation : il s'agit de trouver de nouveaux équilibres entre la mise en avant de certains contenus (le travail en réseau, l'acquisition d'outils de gestion...) et la préservation d'une culture professionnelle qui s'est construite sur les enjeux de la relation interindividuelle.

#### Vers de nouvelles pratiques

Par ailleurs, la complémentarité des compétences entre certains métiers, notamment entre éducateurs spécialisés et moniteurs éducateurs, est interrogée par l'apparition de nouvelles pratiques : en parallèle au développement de la médecine ambulatoire dans le sanitaire, un travail d'accompagnement social est de plus en plus réalisé par des éducateurs spécialisés au domicile de personnes en situation de handicap non prises en charge par les institutions. Plus généralement le **développement d'actions éducatives à domicile**, concernant notamment le soutien à la parentalité, se renforce et concerne au premier chef les éducateurs spécialisés.



#### Vers un statut unique de « travailleur social » ?

Plusieurs métiers du travail social – notamment les **éducateurs spécialisés, les assistants de service social, les éducateurs de jeunes enfants** et, dans une moindre mesure, les **conseillers en éducation sociale et familiale** – connaissent des évolutions similaires : diversification du contenu de leurs activités avec, pour certains, tels les éducateurs spécialisés ou les éducateurs de jeunes enfants, une sollicitation de plus en plus importante sur des tâches administratives et gestionnaires et, pour d'autres, tels les assistants de service social, un suivi plus important des publics par dispositifs. L'ensemble de ces évolutions conduit à une homogénéisation des rôles et des missions confiées aux différents professionnels. La complémentarité entre eux joue moins. L'appareil de formation est questionné en conséquence avec une réflexion en cours sur la mise en place de tronc communs à plusieurs métiers.

#### Des projets de recrutement en augmentation pour les métiers de l'intervention socio-éducative mais pouvant masquer une précarisation des conditions d'emploi

Les projets de recrutement concernant les métiers de l'intervention socio-éducative (éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs, chefs de service éducatif, éducateurs de jeunes enfants, éducateurs techniques spécialisés et moniteurs d'atelier) sont en constante augmentation de 2010 à 2014, ils ont presque doublé entre 2013 et 2014. Différents éléments viennent cependant nuancer ce constat : en premier lieu, les projets de recrutement dont fait part la source mobilisée (Pôle emploi, *Enquête en besoin de main-d'œuvre de 2010 à 2014*) correspondent à des prévisions d'embauche exprimées par les employeurs lors de la réalisation de l'enquête mais ils ne se traduisent pas toujours en recrutements effectifs. Par ailleurs une hausse de l'emploi saisonnier (+ 10 points entre 2013 et 2014) concernant les métiers d'éducateurs spécialisés, de moniteurs éducateurs et de chefs de service éducatif joue sur la hausse globale des projets de recrutements. Pour autant, une augmentation de l'emploi pérenne au sein de la filière ne se vérifie pas nécessairement.

## 2. LES MONITEURS ÉDUCATEURS

### CHIFFRES ET TENDANCES CLÉS

- **1 750 moniteurs éducateurs** sont en emploi en région Provence - Alpes - Côte d'Azur en 2011.
- Un métier qui se féminise peu à peu : entre 2006 et 2011, la part des femmes a gagné 6 points. C'est néanmoins le métier de la filière éducative où les hommes sont le plus présents : 73 % de part de femmes. La part des femmes en formation est d'ailleurs largement inférieure à celle constatée pour l'ensemble des formations du travail social (72 % contre 85 %).
- En 2011, une nette majorité de professionnels ont moins de 50 ans (82 %).
- En 2011, **la part de l'emploi stable concernant les moniteurs éducateurs (78 %) est nettement inférieure** à celle de l'ensemble des métiers sanitaires et sociaux (87 %). Il s'agit du taux le plus faible parmi les métiers de la filière éducative, avec une progression de -3 points entre 2006 et 2011 (81 à 78 %).
- La part des professionnels exerçant avec un niveau de diplôme supérieur au niveau requis est importante et reste stable entre 2006 et 2011 (45 %).
- 45 % des professionnels en exercice ont un **niveau supérieur au niveau requis**.

### ENJEUX EMPLOI-FORMATION



#### Un métier d'entrée dans la filière éducative

Différents éléments concourent à faire du métier de moniteur éducateur une porte d'entrée pour les jeunes professionnels de la filière éducative : la part des jeunes n'y faiblit pas, celle des demandeurs d'emplois de moins de 25 ans est nettement inférieure à celle tous métiers sanitaires et sociaux, l'âge moyen des entrants en première année de formation est sensiblement inférieur à celui des entrants en première année de formation tous diplômes du travail social confondus. D'autres éléments, telle la stabilité de l'âge en emploi des plus de 50 ans, montrent qu'il s'agit également d'un métier à partir duquel nombre de professionnels cherchent à évoluer.

#### Moniteur éducateur, un positionnement peu évident au sein des structures

Les moniteurs éducateurs peuvent connaître des problèmes de positionnement dans les structures : d'une part, seuls les établissements les plus grands emploient les trois niveaux de diplômés de la filière éducative (AMP au niveau V, moniteur éducateur au niveau IV et éducateur spécialisé au niveau III) ; les petites structures privilégient quant à elles l'embauche de professionnels de niveau V et III. D'autre part, il est courant que les moniteurs éducateurs prennent en charge des tâches *a priori* dévolues aux éducateurs spécialisés. Dans la pratique, les professionnels de la filière éducative travaillent ensemble sans qu'une nette répartition des tâches déléguées aux uns ou autres ne soit clairement établie alors que leurs conditions d'emploi et de formation ne sont pas les mêmes.

#### Un diplôme à part entière

Représentant un faible contingent de professionnels, le métier de moniteur éducateur est un métier assez peu identifié par le grand public. Si, en pratique, le partage des compétences entre professionnels de l'intervention socio-éducative n'est pas toujours évident, la réingénierie du travail social tend cependant à mieux orienter les contenus de formation en distinguant compétences de conception de l'intervention sociale et éducative attachées aux niveaux III et compétences d'animation des activités et de gestion du quotidien imputées aux niveaux IV. Ce qui, dans la filière éducative, a permis de valoriser ces derniers.

#### Des mobilités évolutives spécifiques

Des enjeux de mobilité professionnelle traversent l'ensemble des métiers du travail social. Aujourd'hui, un moniteur éducateur, via un recours à la VAE par exemple, a la possibilité d'évoluer vers le métier d'éducateur spécialisé. À l'avenir, la question de ce type d'évolution se posera de manière renouvelée au regard de l'éventualité d'un repositionnement en niveau II du diplôme d'éducateur spécialisé (le passage d'un niveau IV à un niveau II semblant plus difficile à envisager).

Le passage du moniteur éducateur vers le métier de médiateur familial fait également partie des possibilités de promotion professionnelle en cours de vie active.

En région Provence - Alpes - Côte d'Azur, des enjeux de saisonnalité, en particulier dans les départements alpins, interrogent la possibilité de mobilités entre saisonniers du tourisme et professionnels de l'animation sociale dont les moniteurs éducateurs.

### 3. LES ÉDUCATEURS DE JEUNES ENFANTS

#### CHIFFRES ET TENDANCES CLÉS

- **1 151 éducateurs de jeunes enfants** sont en emploi en région Provence - Alpes - Côte d'Azur en 2011.
- Leur progression entre 2006 et 2011 est de + 25 %, soit **une évolution nettement plus importante que pour l'ensemble des métiers sanitaires et sociaux** (+ 12 %).
- Il s'agit d'un métier à très forte dominante féminine : les femmes y représentent 96 % des effectifs. La part des femmes en formation est également très marquée (99 % contre 85 % pour l'ensemble des diplômes du travail social).
- **Le métier d'éducateur de jeunes enfants vieillit rapidement** : en 2011, près d'un professionnel sur quatre a 50 ans et plus (24 %), sachant que la part des plus de 50 ans a fortement augmenté entre 2006 et 2011 (+9 points) alors que la part des jeunes est restée sensiblement la même (+1 point).
- Le chômage de longue durée affecte un peu moins les éducateurs de jeunes enfants que l'ensemble des professionnels tous métiers du sanitaire et social confondus (31 % contre 33 %).
- Une large majorité de professionnels en exercice ont un **diplôme équivalent ou supérieur au niveau requis**. Parmi eux, la part des surqualifiés augmente de 12 % à 16 % entre 2006 et 2011. En revanche, la part des professionnels exerçant avec un niveau inférieur au niveau requis décroît entre 2006 et 2011 (de 17 % à 14 %).
- En 2013, 93 personnes entrent en formation d'éducateur de jeunes enfants. Le contingent de formés est faible au regard de l'ensemble des formations sanitaires et sociales.

## ENJEUX EMPLOI-FORMATION



### Un métier bien identifié

Feu l'époque des « jardinières d'enfant » ! Le métier d'éducateur de jeunes enfants s'est institutionnalisé au cours des précédentes décennies et a stabilisé au fil du temps son identité professionnelle – prioritairement axée sur les actions d'accueil et d'accompagnement de la petite enfance.

### Une dynamique de recrutements soutenue

Le métier d'éducateur de jeunes enfants est un métier qui embauche : la croissance des emplois d'EJE en région entre 2006 et 2011 a été importante, avec une augmentation de 25 % contre + 12 % pour l'ensemble des métiers du sanitaire et social. La part des demandeurs d'emploi de longue durée est quant à elle moindre que pour l'ensemble des métiers sanitaires et sociaux.

Le profil « éducateur de jeunes enfants » est de plus en plus recherché pour des fonctions de direction ou de coordination des structures d'accueil de la petite enfance. La multiplication, depuis quelques années, du nombre d'établissements et notamment du nombre de petites structures aux fonctionnements différenciés (micro-crèches, structures multi-accueil...) laisse présager une poursuite de cette dynamique.

Le caractère vieillissant du métier – avec une part de professionnels de plus de 50 ans en forte augmentation entre 2006 et 2011 – va également dans ce sens avec un renouvellement prévisible des professionnels en emploi à anticiper.

### Des missions qui évoluent

Les missions confiées aux éducateurs de jeunes enfants évoluent sur deux plans :

- une montée en responsabilité dans l'encadrement administratif et managérial des structures et des équipes en place ;
- une extension des missions des éducateurs de jeunes enfants au champ de la prévention sociale dans l'accompagnement des familles et la co-éducation, avec elles, des jeunes enfants.

En conséquence, la formation de niveau III actuellement dispensée doit pouvoir répondre à de nouveaux enjeux notamment en développant les compétences administratives, gestionnaires et managériales des futurs professionnels. Une complémentarité avec le diplôme Caferuis est de ce point de vue appréciée par les établissements employeurs.

L'évolution des contenus d'activité des éducateurs de jeunes enfants et plus largement de certains professionnels du travail social contribue à nourrir une réflexion actuellement en cours sur la mise en place de contenus de formation en « tronc commun » à plusieurs métiers – éducateurs de jeunes enfants, éducateurs spécialisés, assistants de service social.

### Des mobilités cohérentes entre métiers de la petite enfance

Le métier d'éducateur de jeunes enfants se tient à la croisée de mobilités professionnelles courantes : nombre d'auxiliaires de puériculture se forment en cours de vie active à ce métier, notamment via un recours à la VAE, nombre d'éducateurs de jeunes enfants passent quant à eux le diplôme Caferuis pour monter en qualification et en compétences dans la direction et la coordination de structures.

## 4. LES AIDES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

### CHIFFRES ET TENDANCES CLÉS

- **2593 aides médico-psychologiques (AMP)** sont en emploi en région Provence - Alpes - Côte d'Azur en 2011.
- La croissance des emplois est importante : + 37 % entre 2006 et 2011 contre + 12 % pour l'ensemble des métiers du secteur sanitaire et social. Il s'agit de **la croissance la plus importante des métiers du travail social**.
- Depuis 2012, la part des recrutements jugés difficiles par les employeurs décroît, même si en 2014 les aides médico-psychologiques, les auxiliaires de puériculture, les aides-soignants et les assistants médicaux font encore partie des dix métiers avec les plus fortes difficultés de recrutement.
- Plus d'un professionnel sur quatre travaille auprès des personnes âgées, prioritairement dans l'hébergement médicalisé pour personnes âgées (20 %) mais également dans l'hébergement social pour personnes âgées (7 %).
- Les AMP sont également fortement représentés dans l'hébergement social pour handicapés mentaux et malades mentaux (19 %), puis dans l'hébergement médicalisé pour enfants handicapés (9 %), dans les activités hospitalières (8 %) ou dans l'hébergement médicalisé pour adultes handicapés et autres hébergements médicalisés (7 %).
- **La part des chômeurs de longue durée est plus importante** pour le métier d'AMP qu'en moyenne tous métiers du secteur sanitaire et social (37 % contre 33 %). Elle se rapproche de la moyenne régionale, tous métiers confondus (39 %).
- En 2013, les entrants en première année de formation d'AMP (630) représentent le premier contingent de formés du travail social.
- Seuls 25 % des effectifs en formation sont des jeunes de moins de 26 ans, soit le taux le plus faible d'inscrits de moins de 26 ans sur l'ensemble des formations du sanitaire et social de niveau V.
- Les effectifs d'AMP **inscrits en première année de formation sont en forte croissance** entre 2008 et 2013 (+93 %). Cette augmentation s'explique notamment par l'ouverture en 2006 du DEAMP en formation initiale. En conséquence, l'augmentation du nombre de diplômés entre 2008 et 2013 est également importante (+ 193 %) : elle a presque triplé sur la période observée.
- La formation au DEAMP est fortement investie par la voie des contrats de professionnalisation (89 personnes en 2011, 155 en 2012).

## ENJEUX EMPLOI-FORMATION



### Une croissance importante des emplois d'AMP

En région, la croissance des emplois d'AMP est forte (+ 37 % entre 2006 et 2011). Elle devrait se poursuivre au cours des prochaines années. Elle s'explique notamment par un besoin important de personnel qualifié pour l'accompagnement spécifique des situations de dépendance physique et cognitive ; la montée en charge de la problématique de la dépendance étant à mettre en lien avec le vieillissement de la population. Le premier employeur d'AMP en région Provence - Alpes - Côte d'Azur dans le secteur sanitaire et social est en effet « l'hébergement médicalisé pour personnes âgées », juste avant « l'hébergement social pour handicapés mentaux et malades mentaux » et « l'hébergement médicalisé pour enfants handicapés ». À savoir : les difficultés de recrutement concernent prioritairement un défaut d'attractivité des activités liées au grand âge et ne traduisent pas une tension générale sur le métier.

Des évolutions sociétales vont également dans le sens d'une croissance des besoins en emploi, notamment dans le secteur des soins à domicile : maintien de plus en plus long des personnes âgées à leur domicile, arrivée tardive dans les Ehpad, vieillissement des personnes atteintes d'un handicap, gestion de pathologies plus lourdes...

Les enjeux de recrutement sur le métier d'AMP peuvent conduire certains employeurs à qualifier en cours d'emploi des personnels « faisant fonction » (le recours à la VAE est important pour accéder au DEAMP), voire à recruter des personnes non diplômées qu'il s'agira de qualifier par la suite. La tension sur les métiers de l'accompagnement des situations de dépendance peut aussi expliquer le recours à des personnels surqualifiés pour occuper des fonctions d'AMP.



### AMP, un métier à la frontière de l'éducatif et du soin : vers une plus grande polyvalence ?

Le métier d'AMP, conjuguant des compétences sanitaires et sociales, est bien positionné pour répondre à une demande croissante de polyvalence dans l'accompagnement des situations de dépendance. Au sein des établissements, les équipes mixent volontiers sur les mêmes postes des compétences d'aides-soignants et d'AMP. Des auxiliaires de vie ou auxiliaires de gérontologie sont également recrutés au sein d'équipes pluridisciplinaires dans l'accompagnement de la personne âgée. Les délimitations de compétences entre différents professionnels peuvent cependant poser question dans la pratique, induisant des recouvrements de tâches entre métiers.

### **Des enjeux de refondation des formations au regard de l'évolution des métiers**

Ces éléments invitent à réfléchir sur la grande proximité des référentiels de formation propres à chacun des métiers de l'accompagnement des situations de dépendance. À cet égard, une fusion des diplômes d'AMP et d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) est en cours de réflexion dans le cadre de la réarchitecture des diplômes du travail social. La nouvelle formation devrait se structurer autour de la mise en place d'un tronc commun avec une option « établissement » ou « domicile ». Par ailleurs, des passerelles se mettent en place, notamment vers ce nouveau diplôme, pour professionnaliser les titulaires du baccalauréat professionnel ASSP (« accompagnement, soins et services à la personne »).

### **Un métier exposé à des facteurs de pénibilité favorisant l'usure professionnelle**

Les métiers de l'aide à la personne dépendante (AMP, AVS, aide-soignant...) sont exposés à plusieurs facteurs de risque professionnel physiques et psychologiques : horaires de travail atypiques, manipulations fréquentes des patients, station debout prolongée, confrontation quotidienne à la souffrance, surcharge de travail, manque d'effectifs et de moyens en établissements. À ces facteurs de risque s'ajoutent des conditions d'emploi peu rémunératrices, ce qui peut conduire à des tensions caractéristiques des situations d'usure professionnelle : un fort engagement est requis du professionnel (notamment dans la relation d'aide à la personne), mais dans des conditions de travail difficile et peu reconnues. Par ailleurs, le métier d'AMP est exposé à des difficultés en termes d'évolution professionnelle : il y a peu de possibilité d'évolution de carrière ou de progression vers un métier de niveau IV.



## 5. LES CADRES DE L'INTERVENTION SOCIO-ÉDUCATIVE (DIPLÔMÉS CAFERUIS)

### CHIFFRES ET TENDANCES CLÉS

- **2441 professionnels, cadres de l'intervention socio-éducative**, sont en emploi en région Provence - Alpes - Côte d'Azur en 2011.
- La **croissance des emplois est marquée entre 2006 et 2011** (+ 23 % contre + 12 % pour l'ensemble des métiers sanitaires et sociaux).
- La part des femmes est en augmentation entre 2006 et 2011, passant de 56 % à 61 %. Pour autant, la présence des hommes sur des fonctions d'encadrement est loin d'être négligeable dans des métiers à prédominance féminine.
- 92 % des cadres de l'intervention socio-éducative travaillent avec un contrat sans limite de durée, soit une part parmi les plus stables des métiers du travail social
- Une part importante de cadres de l'intervention socio-éducative ont plus de 50 ans (36 % en 2011), soit la part la plus importante des métiers du travail social.
- Entre 2006 et 2011, la part des professionnels de niveau II et I augmente parmi les cadres de l'intervention socio-éducative (+8 points). Elle laisse toutefois encore une large place à des professionnels exerçant avec d'autres niveaux de diplôme, avec une **grande diversité de diplômes détenus par les professionnels en emploi**.
- En 2013, 219 personnes entrent en formation Caferuis. Le contingent de formés représente 10 % des effectifs entrant en formations du travail social.
- L'âge moyen des entrants en formation est nettement supérieur à l'âge moyen tous diplômes du travail social confondus (41 ans contre 32 ans). Il s'agit de l'âge le plus élevé parmi les formés aux métiers du travail social (sauf médiateur familial et Cafdes.)

### ENJEUX EMPLOI-FORMATION



#### Un diplôme en réponse aux besoins de professionnalisation des cadres du travail social

Le Caferuis vise prioritairement la formation des cadres intermédiaires. Il s'agit d'un diplôme créé en 2004 dans un contexte de professionnalisation des cadres de l'intervention socio-éducative relevant du champ associatif. Avant 2007 (date du décret faisant obligation d'un diplôme professionnel pour l'exercice de la fonction d'encadrement), ces professionnels accédaient à la fonction de cadre par bénéfice d'ancienneté, après cinq ans d'exercice de la fonction d'éducateur spécialisé (à la différence du secteur public où l'accès à cette fonction se faisait par concours). Suivant cette logique, outre des étudiants souhaitant intégrer le secteur professionnel après un parcours universitaire, nombre de chefs de service en poste au sein des structures du travail social ont été incités à valider un diplôme de niveau II (mise en conformité).

Aujourd'hui, dans un contexte de complexification de l'exercice des fonctions de cadre (évolutions de la commande publique, des activités et des organisations du travail, des conditions d'emploi, etc.), la formation Caferuis semble, du point de vue des employeurs, devoir être renforcée en apports liés notamment à la gestion économique et financière des structures. En effet, certains diplômés Caferuis peuvent être recrutés sur des fonctions de direction de structure (directeur de maison de retraite, directeur de maison d'enfants, directeur de centre social...) et non d'encadrement intermédiaire. Dans ce cas, un enjeu de positionnement par rapport à des diplômés de niveau I (Cafdes ou DEIS) émerge: si les compétences mises en œuvre dans l'exercice du métier sont proches, les rémunérations entre diplômés de niveau I ou II diffèrent.

#### **Plusieurs logiques président à l'accession au diplôme**

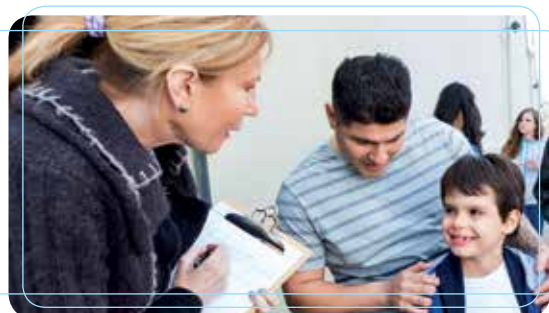
Outre des enjeux de professionnalisation des cadres de l'intervention socio-éducative ou des enjeux de conformité suite au décret de 2007, d'autres logiques peuvent présider à l'accession au Caferuis : notamment, une logique de reconnaissance et de promotion sociale de la part d'employeurs qui, même sans avoir de poste à pourvoir, peuvent faciliter l'accession au Caferuis pour des salariés qui, ainsi, pourront évoluer vers de nouvelles fonctions dans d'autres structures de travail social. À noter : selon une étude réalisée par Unifaf en 2013, dans le privé à but non lucratif, plus d'une personne sur deux a changé de poste suite à la validation du Caferuis<sup>13</sup>.

Du point de vue des salariés, le Caferuis apparaît nettement comme un diplôme de seconde partie de carrière pour évoluer dans l'emploi. Il s'agit d'un diplôme majoritairement présenté par des éducateurs spécialisés qui souhaitent monter en compétences et en responsabilités, mais il est également passé par des assistants de service social ou des éducateurs de jeunes enfants.

Concernant ces derniers, le Caferuis, aux dires de certains acteurs, vient compléter de manière pertinente la formation des éducateurs de jeunes enfants qui se destinent à des fonctions de coordination ou de direction de structure dans le secteur privé associatif ; en particulier, concernant la direction des établissements de plus de 40 places, un diplôme de niveau II est requis. En ce qui concerne la fonction publique hospitalière, le responsable de crèche doit, quant à lui, être titulaire d'une licence professionnelle « responsable de structures enfance, petite enfance » et avoir exercé au minimum cinq ans.

#### **Intégrer de jeunes cadres au sein de l'économie sociale et solidaire**

Plus largement, nombre d'actions volontaristes se développent pour promouvoir l'intégration de jeunes cadres au sein de l'économie sociale et solidaire – dont font partie de nombreuses structures du travail social. Ces actions répondent notamment à un enjeu de renouvellement des instances de gouvernance des structures dans un contexte où de nombreux départs à la retraite sont à anticiper sur les dix prochaines années. Mettre en avant les possibilités offertes par « l'entreprendre autrement » dans ce secteur (attachement aux valeurs de solidarité et investir dans l'humain plutôt que dans le capital) doit pouvoir susciter l'engagement citoyen des jeunes.



<sup>13</sup> Logiques d'utilisation et impacts du Caferuis, *L'Observatoire/Unifaf*, décembre 2013.

## 6. LES ASSISTANTS DE SERVICE SOCIAL

### CHIFFRES ET TENDANCES CLÉS

- En termes d'effectif, avec **5 190 professionnels en emploi** en région Provence - Alpes - Côte d'Azur en 2011, le métier d'assistant de service social représente le deuxième contingent de travailleurs sociaux après les éducateurs spécialisés.
- Le nombre d'assistants de service social a **augmenté de 5 % entre 2006 et 2011, soit nettement moins que l'ensemble** tous métiers sanitaires et sociaux (12 %) mais un peu plus que l'ensemble tous métiers (3 %).
- C'est un métier à dominante féminine qui voit cependant la part des hommes augmenter au cours des dernières années : de 5 % à 9 % entre 2006 et 2011. Cette tendance diffère des éléments concernant la France qui, entre 1999 et 2006, voit la part des femmes rester stable.
- En 2011, la part des professionnels exerçant dans un autre secteur que le secteur sanitaire et social est supérieure à la part exerçant dans le secteur sanitaire et social (53 % contre 47 %). Il s'agit de la profession du travail social la moins concentrée dans le secteur sanitaire et social.
- En 2011, une large majorité des assistants de service social (91 %) travaillent avec un contrat sans limite de durée (CDI et titulaires de la fonction publique), soit une part de l'emploi stable parmi les plus élevées du travail social.
- Un quart des assistants de service social travaillent à temps partiel : le recours au temps partiel est supérieur pour ces professionnels à la moyenne tous métiers sanitaires et sociaux (+ 7 points) ainsi qu'à la moyenne régionale tous métiers confondus (+ 8 points). Avec les conseillers en économie sociale et familiale, il s'agit des professionnels qui ont le plus souvent recours à cette modalité de travail.
- En 2011, la majorité des assistants de service social ont entre 25 et 49 ans (66 %). Il s'agit cependant d'un **métier vieillissant** qui attire peu les jeunes : entre 2006 et 2011, leur part est restée faible et constante (3 %) alors que la part des plus de 50 ans est en augmentation (de 27 % à 31 %).
- L'exposition des professionnels de l'action sociale (dont assistants de service social) au chômage de longue durée est supérieure à celle tous métiers sanitaires et sociaux (38 % contre 33 %). Elle est proche de l'ensemble tous métiers ROME (39 %).
- Les **effectifs en première année de formation diminuent entre 2008 et 2013** (- 17 % contre + 19 % pour les effectifs en première année tous diplômés du travail social). Cet élément concourt à signaler le métier d'assistant de service social comme un métier en mal d'attractivité. Sur la même période, le nombre de diplômés diminue également alors que l'ensemble des diplômés du travail social augmente nettement (- 2 % contre + 41 %).



## ENJEUX EMPLOI-FORMATION

### Un métier historiquement à la croisée du social et du médical

L'assistant de service social représente historiquement la première profession organisée du travail social. C'est un métier qui a longtemps été associé à des enjeux sanitaires et médicaux, puisque jusqu'en 1971 la détention du diplôme d'infirmière constituait un préalable à une spécialisation comme assistante sociale. Depuis cette date, le diplôme d'État d'assistant de service social existe à part entière, situant résolument les professionnels qui en sont titulaires dans le champ du travail social. Les nouvelles articulations qui sont aujourd'hui à penser entre sanitaire et social – en lien avec le développement de l'ambulatoire et avec l'accompagnement croissant des situations de dépendance – resituent ce métier au cœur des enjeux du présent.

### Quelle place aujourd'hui pour l'assistant de service social ?

Pour autant, l'assistant du travail social apparaît aujourd'hui comme un professionnel du social parmi d'autres. L'évolution de ses activités, avec une part grandissante de suivi des publics par dispositifs, tend à faire de lui un « ensemblier » d'interventions qu'il coordonne mais qu'il ne réalise pas ou plus lui-même. Ces évolutions interrogent leur formation avec la possible mise en place d'une nouvelle architecture des diplômes du travail social comprenant un socle commun par niveau de formation, des regroupements par spécialités et des parcours optionnels. À ce jour, les éléments de cette refonte ne sont pas arrêtés. Par ailleurs, l'universitarisation des métiers du social pose l'hypothèse d'un passage en catégorie A des assistants de service social. En conséquence, le travail de terrain sera de plus en plus assuré par des professionnels moins qualifiés tels les TISF, avec une diminution prévisible du nombre d'assistants de service social.

### Un métier en mal d'attractivité

Des difficultés à remplir les places de formation sont sensibles concernant le métier d'assistant de service social. Ainsi entre 2008 et 2013, le nombre d'entrants en première année de formation diminue (-17 %), de même que celui des jeunes diplômés (-2 %), alors que les effectifs augmentent nettement pour chacune de ces deux catégories pour l'ensemble des formations sanitaires et sociales (respectivement +19 % et +41 %). Ces chiffres confirment les dires de différents acteurs qui déplorent le manque croissant d'attractivité du métier.

Plusieurs éléments d'explication peuvent être mis en avant : les conditions de travail des assistants de service social semblent plus tendues, avec une augmentation du nombre de dossiers à suivre, un morcellement de l'aide à travers une mosaïque de dispositifs dans un contexte de rationalisation budgétaire, une démultiplication des problèmes sociaux dans un environnement de crise et de chômage endémique, des conditions salariales peu attractives... Aussi la sécurité de l'emploi ne suffit-elle plus à attirer les jeunes générations vers l'exercice de ce métier.

### Hors secteur, importance de l'administration publique générale

Certains métiers du travail social peuvent être exercés en dehors du secteur sanitaire et social. En ce cas, nombre de professionnels exercent dans l'administration publique générale. C'est notamment le cas des assistants de service social mais également de certains professionnels de l'accueil de la petite enfance ou encore des éducateurs spécialisés. Ces professionnels peuvent faire partie de la fonction publique territoriale, dont le rôle est important dans la mise en œuvre de l'action sociale.

## CHAPITRE 3

# LES MÉTIERS DE LA RÉÉDUCATION

Les métiers de la rééducation comprennent les masseurs-kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les pédicures-podologues, les orthophonistes, les orthoptistes et les diététiciens. L'observation réalisée met en évidence le métier de masseur-kinésithérapeute d'une part et ceux d'ergothérapeute et de psychomotricien d'autre part auxquels sont agrégés, pour l'étude de l'emploi, les « autres spécialistes de la rééducation ».

## 1. LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

### CHIFFRES ET TENDANCES CLÉS

- **7 309 masseurs-kinésithérapeutes** sont en emploi en région Provence - Alpes - Côte d'Azur en 2011, dont 5 896 exercent en libéral. Ces derniers représentent 80 % des effectifs.
- Les femmes sont majoritaires chez les salariés (68 %) et minoritaires chez les libéraux (44 %).
- La région PACA fait partie des régions où **la densité de masseurs-kinésithérapeutes est la plus forte** : en 2014, 177 professionnels pour 100 000 habitants, contre 123 au niveau national.
- Les salariés bénéficient de contrats très majoritairement sans limite de durée, les plaçant dans le groupe des métiers les plus stables parmi ceux du secteur sanitaire et social.
- En 2011, la part de professionnels de **50 ans et plus chez les masseurs-kinésithérapeutes salariés est la plus élevée** de tous les métiers du sanitaire et social. Cette part a fortement augmenté entre 2006 et 2011, passant de 33 % à 41 %.
- La part des professionnels de nationalité française baisse chez les masseurs-kinésithérapeutes, contrairement à la moyenne tous métiers sanitaires et sociaux.
- Entre 2012 et 2014, selon l'Enquête en besoin de main-d'œuvre, la **part de recrutements jugés difficiles est l'une des plus élevées** (supérieure à 60 %) des métiers paramédicaux.

### ENJEUX EMPLOI-FORMATION



**En France, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes ont augmenté plus que ceux de la population**

En France, selon une étude de la Drees, entre 1999 et 2013, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes ont progressé d'environ 45 %, soit une hausse moyenne de 3 % par an (hausse de la population de 0,5 % par an pendant cette même période)<sup>14</sup>. Plusieurs facteurs sont en jeu : la hausse des quotas depuis le début des années 2000 (+60 % en dix ans) entraînant une hausse continue du nombre d'étudiants et une faible déperdition entre le nombre d'étudiants en première année et le nombre de diplômés (de 1 % à 2 %), un différentiel bien moindre que celui enregistré pour la formation d'infirmier.

<sup>14</sup> Drees, Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux, « Études et résultats », n° 895, octobre 2014.

### **L'activité des masseurs-kinésithérapeutes devrait rester dynamique, malgré une volonté de maîtrise des coûts de santé**

La maîtrise des coûts de la santé, avec notamment la restriction et le contrôle des prescriptions médicales, devrait avoir une incidence sur l'activité globale des professionnels. Ceux-ci doivent respecter les règles du conventionnement (tarifs, volume d'actes, etc.). Néanmoins, ils continuent et devraient continuer à être interpellés en raison de différents facteurs :

- D'abord, l'augmentation des personnes âgées de plus de 60 ans nécessite fréquemment des soins de rééducation complémentaires à une prise en charge médicale, d'où des besoins de masseurs-kinésithérapeutes dans les hôpitaux et les centres de rééducation. De plus, cette tendance démographique, fortement constatée en région Provence - Alpes - Côte d'Azur, influe sur l'augmentation des maladies chroniques. Enfin, la volonté de développer la médecine en ambulatoire et l'hospitalisation à domicile vient renforcer les besoins actuels comme futurs de masseurs-kinésithérapeutes et de professionnels de la rééducation.
- Selon une étude citée par la Drees, « les soins de kinésithérapie constituent, avec les soins infirmiers et les médicaments, l'un des principaux postes de dépense des soins de ville chez les personnes âgées dépendantes »<sup>15</sup>.
- En parallèle, se développe une demande de recours à la médecine douce et aux prises en charge autour du bien-être : pratiques spécialisées comme l'ostéopathie, l'acupuncture, les méthodes Mézières ou Feldenkrais, les massages bien-être, etc. Pour les professionnels libéraux, il s'agit de pratiques bénéficiant de tarifs libres avec dépassement possible. Cela concerne aussi le développement d'établissements employant des salariés : 3 % d'entre eux exercent dans l'« entretien corporel » (saunas, solariums, instituts d'amincissements, stations thermales, etc.).
- Les masseurs-kinésithérapeutes peuvent aussi réaliser des actes ne nécessitant aucune prescription médicale – et donc non remboursés –, mais qui trouvent une clientèle (kinésithérapie sportive, soins esthétiques, etc.).

### **Une relève à assurer parmi les salariés**

Ce métier, lorsqu'il est exercé en salarié, est celui dont la part des seniors est la plus importante au sein des métiers du sanitaire et social.

Selon les acteurs rencontrés, les salariés sont le plus souvent des jeunes diplômés ou *a contrario* des kinésithérapeutes en fin de carrière qui recherchent un temps partiel salarié, afin de diminuer leur charge de travail et/ou d'anticiper leur retraite (mais ce dernier cas de figure resterait marginal en France selon la Drees).

La nécessité d'une relève parmi les salariés est donc importante, sachant qu'à la différence des infirmiers ils n'ont pas la nécessité de travailler en institution avant de s'installer. Les jeunes diplômés de moins de 25 ans sont d'ailleurs très peu à être inscrits au chômage. Certains acteurs rencontrés préconisent la création d'écoles publiques, avec à la fin des études une obligation de travailler en établissement. Ils évoquent aussi la pertinence d'un recours plus fréquent au contrat d'apprentissage.

À noter : un dispositif adopté en juillet 2009 par la Région vise à lutter contre les difficultés rencontrées par les établissements de la fonction publique hospitalière dans le recrutement de masseurs-kinésithérapeutes. Ces derniers peuvent bénéficier d'une aide au remboursement des frais de formation, sous réserve de s'engager à travailler dans la fonction publique hospitalière.

Les cabinets de groupe se développent, même s'ils sont encore en minorité. Les raisons sont multiples : avantages organisationnels, comme la plus grande facilité à prendre des congés ou l'ouverture sur une large plage horaire, avantages d'ordre financiers, recherche de complémentarités de spécialisations, etc. Cela rend aussi l'engagement dans la pratique libérale plus aisé pour un nouveau diplômé.

<sup>15</sup> Calvet L. et Montaut A., Dépenses de soins de veilles des personnes âgées dépendantes, Drees, dossier « Solidarité santé », n° 42, 2013.

### La forte densité de professionnels en région joue peu sur le marché de l'emploi

Les difficultés de recrutement persistent pour les employeurs en lien avec le développement de centres de soins spécialisés ou d'établissements réalisant des soins de suite et de rééducation. Ces institutions peuvent préférer employer un salarié plutôt que recourir à un professionnel en libéral, les coûts étant différents. La tension sur les recrutements des institutions est d'autant plus marquée que les jeunes partent rapidement vers le libéral, ne serait-ce que pour rembourser des études parfois onéreuses.

En revanche, si l'activité des kinésithérapeutes libéraux peut se diversifier, la forte densité de la profession en région, tout comme la concurrence de professionnels sur les activités à tarifs libres, pourrait à terme jouer sur la marge réalisée et inciter à reconsidérer un choix d'activité libérale.

## 2. LES PSYCHOMOTRICIENS ET LES ERGOTHÉRAPEUTES

### CHIFFRES ET TENDANCES CLÉS

- En termes d'emploi, les psychomotriciens et ergothérapeutes font partie des « autres spécialistes de la rééducation ». **5939 « autres spécialistes de la rééducation »** exercent en région Provence - Alpes - Côte d'Azur en 2011. Ils se répartissent en 3 782 libéraux (64 %) et 2 157 salariés (36 %).
- En région, la progression de leurs effectifs entre 2006 et 2011 est de +35 %. Elle est portée par celle des professionnels libéraux (+40 %). Celle des effectifs salariés est remarquable également (+28 %). Ces progressions sont nettement supérieures à celle des effectifs de l'ensemble des métiers sanitaires et sociaux (12 %).
- La part des femmes augmente parmi les salariés et faiblit chez les libéraux : -3 points entre 2006 et 2011 chez les libéraux et +3 points chez les salariés.
- Ces métiers se caractérisent par **l'importance des professionnels salariés exerçant à temps partiel**. C'est d'ailleurs dans ces métiers que ce taux est le plus élevé (38 %) au regard de l'ensemble des métiers sanitaires et sociaux (19 %).
- En 2014, la densité des psychomotriciens en région (13 professionnels pour 100 000 habitants) est inférieure au taux national (15), il en est de même pour les ergothérapeutes (11 contre 14).
- Il s'agit des formations les plus récemment ouvertes en région : en 2009 pour les psychomotriciens et en 2012 pour les ergothérapeutes.
- **Les étudiants sont jeunes** (en moyenne 22 ou 23 ans), en deçà de l'âge moyen des formés aux professions paramédicales et de sages-femmes (27 ans)
- Le nombre de contrats de professionnalisation augmente rapidement pour les psychomotriciens entre 2011 et 2012 et dépasse le nombre d'apprentis.



## ENJEUX EMPLOI-FORMATION

### Ergothérapeute et psychomotricien : deux métiers à signaler pour l'intensité de la croissance des emplois depuis près de quinze ans

Les psychomotriciens et les ergothérapeutes font partie des métiers de la rééducation et ont, comme eux, une croissance forte, et cela depuis maintenant plusieurs années. Mais ces deux métiers se démarquent par l'intensité de leur croissance : en France, entre 1999 et 2013, les effectifs des ergothérapeutes croissent de 125 % et ceux des psychomotriciens de 100 %, alors que pour l'ensemble tous métiers de la rééducation confondus cette augmentation est de 65 % (et 45 % pour les masseurs-kinésithérapeutes, le métier aux plus forts effectifs). À noter : en France, les quotas des centres de formation de psychomotriciens ont plus que doublé en dix ans.

### Une croissance des effectifs répondant à de nombreux facteurs : lois et plans publics, évolutions démographiques, évolutions sociétales

Les évolutions d'ordre démographique vont dans le sens d'un accroissement des besoins de professionnels de la santé et paramédicaux : vieillissement de la population, augmentation des situations de perte d'autonomie, développement de la médecine ambulatoire, etc.

Les plans « Vieillesse et solidarités 2004-2007 », « Alzheimer 2008-2012 », plus récemment le projet de loi relatif à « l'adaptation de la société au vieillissement », mettent au premier plan le recours aux **psychomotriciens** et aux **ergothérapeutes** dans les dispositifs de soutien à domicile des personnes âgées dépendantes ou en suivi post-opératoire. Les services de soins de suite et de rééducation, les Ehpad font aussi de plus en plus appel à ces professionnels pour des interventions se conjuguant avec celle des équipes de soins.

Enfin, des évolutions sociétales accentuent le recours à des pratiques pouvant être exercées hors cadre réglementé (psychothérapie, sophrologie, acupuncture, homéopathie, etc.). Presque un professionnel des métiers de la rééducation sur cinq (18 %), intervenant en libéral, est concerné.

### Répondre aux besoins de main-d'œuvre impacte tous les professionnels quel que soit leur statut

La pyramide des âges des métiers salariés de la rééducation est vieillissante, plus particulièrement chez les salariés : en région Provence - Alpes - Côte d'Azur, entre 2006 et 2011, la part des 50 ans et plus parmi les autres professionnels de la rééducation passe de 23 % à 30 %.

La relève de ces professionnels salariés peut venir de jeunes diplômés, quel que soit le statut choisi. Les interventions en institution mobilisent des salariés à temps partiel, des indépendants ou des professionnels optant pour une pratique mixte (en libéral, les actes ne sont pas remboursés et il faut parvenir à se constituer une clientèle).

Les « maisons de santé » pluridisciplinaires (loi de décentralisation du 13 août 2004) devraient se développer pour lutter notamment contre la désertification médicale. Elles sont ouvertes aux métiers de la rééducation et notamment les **psychomotriciens** et les **ergothérapeutes**. Leur développement pose question sur la pratique libérale isolée face à des groupements interprofessionnels, interlocuteurs des ARS.

### Une population salariée jeune dans le secteur privé à but non lucratif

*A contrario*, dans le domaine privé à but non lucratif, les **psychomotriciens** et les **ergothérapeutes** forment une population jeune, plus que la moyenne des métiers pris en compte dans l'enquête emploi Unifaf de 2012 (respectivement 66 % et 76 % de professionnels sont âgés de moins de 45 ans, contre 51 % tous emplois confondus).

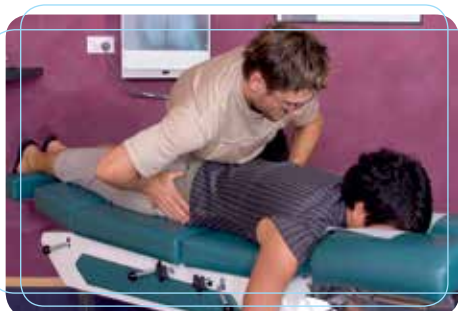
### Dans la fonction publique hospitalière, des métiers à enjeux et émergents dans certains types d'établissement

Le métier de **psychomotricien** est un métier « à enjeux » selon l'enquête de l'OPCA de la fonction publique hospitalière (ANFH, enquête portant sur 138 établissements de santé publics<sup>16</sup>). L'**ergothérapeute** et le **psychomotricien** sont cités par les répondants comme des métiers en évolution, au même titre que les infirmiers en soins généraux, les aides-soignants et les masseurs-kinésithérapeutes. Ils sont aussi cités comme « émergents », dans certains types d'établissement où leur présence était plus marginale : les psychomotriciens exercent désormais également dans les centres hospitaliers, les hôpitaux locaux et les Ehpad, les ergothérapeutes dans les hôpitaux locaux et les Ehpad. De fait, ces deux métiers prennent place dans la liste des dix premiers métiers à renforcer en effectifs.

### Des évolutions à appréhender dans la réingénierie de formation

À ce jour, une réingénierie du diplôme de **psychomotricien** visant à lui conférer le grade master est en cours, mais n'a toujours pas abouti.

Outre le cadre de l'universitarisation, cette réingénierie est interpellée par les évolutions du métier face aux nouveaux publics à prendre en charge et à la diversification des demandes de soin.



<sup>16</sup> Élaboration d'une cartographie régionale des métiers. Restitution des résultats régionaux, Ernst and Young pour l'ANFH, octobre 2011.



## PARTIE III

# ENJEUX TRANSVERSAUX : LES NOUVEAUX ÉQUILIBRES EMPLOI-FORMATION

### L'ESSENTIEL

Dans un contexte d'adaptation de la société au vieillissement, **renforcer les articulations entre sanitaire, social et services aux personnes** représente une nécessité pour répondre aux évolutions des conditions d'exercice des professionnels. Ainsi, développement de la polyvalence des activités et instauration de nouvelles formes de coopération entre professionnels porteurs de compétences médicales, sociales et devant intervenir dans des structures recourant à la pluridisciplinarité vont de pair.

Des transformations d'envergure de l'appareil de formation vont également dans ce sens : qu'il s'agisse du **repositionnement du niveau de certains diplômes** ou de la refondation des filières de formation, les évolutions de l'appareil de formation traduisent les montées en compétences exigées dans l'exercice des métiers du secteur sanitaire et social tout en questionnant la possibilité de **regrouper certains contenus de formation transverses à plusieurs métiers**.

L'apprentissage représente une voie en développement pour les métiers du sanitaire et social en région Provence - Alpes - Côte d'Azur, avec une augmentation sensible du nombre de formés par cette voie, notamment pour les métiers du travail social.

Enfin, de nouveaux enjeux dans la répartition territoriale de l'offre de soin et d'autonomie sont également à prendre en compte à travers la mise en œuvre d'espaces de santé de proximité (comportant à la fois un mouvement de **regroupement de spécialités en pôles techniques et une redistribution de l'offre de soin de premier recours** au sein de structures pluridisciplinaires).

## CHAPITRE 1

# DES ARTICULATIONS ENTRE SANITAIRE ET SOCIAL À RENFORCER

### 1. DES CROISEMENTS DE COMPÉTENCES DE PLUS EN PLUS MARQUÉS

Les orientations stratégiques concernant la prise en charge à domicile et en ambulatoire, la rationalisation des coûts et la régulation de l'offre pour un meilleur accès aux soins sur les territoires ont un point d'action commun : entrer dans une **logique intersectorielle, décroisonner les formations relevant du sanitaire, du social et de l'aide à domicile**, favoriser des **passerelles entre métiers**. De fait, dans un contexte de plus en plus marqué par la prévention des situations de dépendance, liées notamment au vieillissement de la population, nombre de métiers du secteur sanitaire et social mais aussi de l'aide à

domicile voient leur environnement évoluer. Afin d'assurer une **prise en charge globale** des personnes accompagnées, il est nécessaire de coordonner les interventions des différents professionnels porteurs de compétences médicales et sociales, de développer des structures recourant à la pluridisciplinarité, d'encadrer le développement de la polyvalence. Différentes expérimentations mettent en visibilité de **nouvelles coordinations** entre structures et entre professionnels : les expérimentations de « parcours de santé pour les personnes âgées en perte d'autonomie » (Paerpa) ou encore la transformation des « services de soin infirmier à domicile » (Ssiad) en « services polyvalents de soins et d'aide à domicile » (Spasad) intégrant les services d'aide à domicile au sein d'une offre pluridisciplinaire de services à la personne. Des dispositifs plus anciens, tels que le développement de l'éducation thérapeutique – se déclinant notamment par des actions d'accompagnement dont un soutien psycho-social –, continuent à se diffuser. De plus, dans un contexte où l'offre médico-sociale est inférieure à la moyenne nationale (notamment en ce qui concerne les services pour enfants et adolescents handicapés), les conversions de structures sanitaires en structures médico-sociales suscitent un nouveau regard sur la porosité entre domaines d'intervention, sur les croisements de compétences entre professionnels et donc sur les évolutions nécessaires de l'ingénierie des formations tant initiales que continues. Cela se traduit également en termes d'**enjeux de mobilités intersectorielles** en cours de vie active pour des professionnels qui interviennent au carrefour de nombreuses problématiques et qui sont amenés à faire évoluer leurs pratiques et leurs compétences en conséquence.

Certains métiers sont particulièrement impactés par ces évolutions : les AMP sont ainsi amenés à intervenir au sein d'équipes pluridisciplinaires composées de professionnels paramédicaux et sociaux sur des postes et des fonctions qu'ils partagent avec des aides-soignants, tout en voyant par ailleurs leur diplôme évoluer vers l'accompagnement des situations de dépendance à domicile, à travers la fusion annoncée des diplômes d'AMP et d'AVS. Inversement, les aides-soignants sont de plus en plus nombreux à exercer dans la prise en charge des situations de dépendance. Dans un autre domaine, les auxiliaires de puériculture exercent un métier offrant des possibilités d'embauche et de mobilités au croisement du sanitaire et du social, selon que l'exercice hospitalier ou l'exercice en structures d'accueil de la petite enfance est privilégié. Les métiers de la rééducation sont également impactés ; ainsi un professionnel de la rééducation intervient en institution spécialisée, en maison de santé ou en cabinet médical pour des soins sanitaires mais il peut également développer une pratique à domicile l'amenant à se coordonner avec d'autres professionnels du soin et de l'intervention à domicile. Enfin, il peut intervenir dans le domaine du bien-être, hors cadre réglementé. Plus largement, c'est l'ensemble des métiers des services à la personne, du soin et du travail social qui voient leurs champs d'exercice respectifs s'élargir et se complexifier en fonction d'interpellations nouvelles.

## **2. DÉLÉGATION DE TÂCHES ET NOUVELLES COOPÉRATIONS ENTRE PROFESSIONNELS : IMPACT SUR LES QUALIFICATIONS ET LES BESOINS DE MAIN-D'ŒUVRE**

Le glissement des rôles et des fonctions induit par les tensions sur certains métiers et une nécessité de réduire les coûts touche une grande partie des métiers du soin mais également nombre de métiers du travail social, même si les impacts diffèrent. La plupart voient leur **périmètre d'action s'élargir vers plus de responsabilités**. De **nouvelles organisations du travail**, s'appuyant sur des délégations d'actes, font prendre aux professionnels, selon différentes modalités – formelles ou expérimentales –, des responsabilités qui relevaient auparavant de prérogatives d'acteurs plus qualifiés. Le solde en termes de besoins de main-d'œuvre, et donc de formés, est difficilement prévisible : certains facteurs jouent à la hausse, d'autres à la baisse pour un même métier.

Pour exemple, on observe ainsi dans différents domaines :

- l'enregistrement d'un plus grand nombre de sorties d'ambulances (en raison de la mise en place notamment des permanences H 24) mais un recours également plus important aux déplacements de véhicules sanitaires légers ne nécessitant pas la même qualification des conducteurs ;
- la création de la fonction d'infirmier clinicien, tout en assistant par ailleurs à la délégation de certains gestes techniques des infirmiers aux aides-soignants et au renforcement des effectifs de ces derniers dans le champ de l'aide aux personnes âgées et handicapées ;
- un renforcement de l'implication des services de PMI dans la prise en charge périnatale, avec des besoins d'accompagnement lors du retour à domicile pointés par les infirmiers puériculteurs, alors que ces derniers sont désormais moins recherchés pour la direction de structures d'accueil, au bénéfice de profils EJE (par exemple les micro-crèches, en expansion) ;
- etc.

Toutes ces reconfigurations influent sur les montées en compétences exigées par les employeurs et posent diverses questions telles celle du **repositionnement du niveau de certains diplômes** ou celle de la fonction d'insertion de certains métiers, comme celui d'aide-soignant.

### 3. IMPACT DES NOUVELLES TECHNOLOGIES SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET LES BESOINS DE MAIN-D'ŒUVRE ASSOCIÉS

Le développement des technologies dans le champ de la santé peut avoir plusieurs répercussions :

- L'automatisation et l'informatisation des procédures, conjuguées au développement de l'e-santé (télé-assistance, télé-médecine), renforcent la tendance à la segmentation du travail, entre les professionnels effectuant le geste technique ou recueillant les données traitées informatiquement et ceux qui les analysent et préconisent une stratégie de prise en charge. L'impact se fait sur les besoins de main-d'œuvre en termes quantitatifs (contenir le besoin en médecins et spécialistes). Il est aussi qualitatif : il peut entraîner appauvrissement de la tâche ou, *a contrario*, enrichissement lorsqu'il s'agit d'une délégation de nouveaux actes techniques. La montée en responsabilités dans ce cas n'est pas sans conséquence sur la charge mentale des professionnels en exercice.
- Par ailleurs, des progrès du geste médical – techniques d'intervention moins invasives qu'autrefois et donc pouvant être pratiquées à des âges plus avancés – entraînent possiblement une augmentation des situations de dépendance. La population est amenée à vivre plus longtemps mais dans des états généraux plus dégradés qu'avant. Aussi les besoins en accompagnement de ces situations sont appelés à nettement se renforcer.
- Enfin, un nouveau secteur d'activité se trouve intégré dans le développement des services à la personne à travers l'expansion du marché de la domotique, proposant des outils technologiques avancés en vue de l'amélioration de la qualité de vie, de la sécurité et de l'accessibilité des personnes en situation de dépendance. Cet élément a pour conséquence une nécessaire montée en compétences des professionnels intervenant à domicile qui doivent désormais maîtriser le maniement de ces outils. Plus largement, les métiers technico-commerciaux liés à la diffusion de ces solutions et de la maintenance de ces outils sont interpellés par l'expansion de la *silver économie*.

L'ensemble de ces évolutions montre que les secteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux et des services à la personne sont au carrefour de nouveaux enjeux impactant tant l'évolution des métiers traditionnels que l'apparition de nouveaux métiers.

## CHAPITRE 2

# ÉVOLUTIONS DE L'APPAREIL DE FORMATION

### 1. ENTRE REPOSITIONNEMENT DES DIPLÔMES ET REFONDATION DES FILIÈRES DE FORMATION : TRANSFORMATIONS D'ENVERGURE DE L'APPAREIL DE FORMATION

Les métiers du secteur sanitaire relevant du soin font partie des premiers métiers à avoir vu la durée de leurs études reconnue par un **repositionnement de leur diplôme** (passage des diplômes infirmier et d'ergothérapie du niveau III au niveau II). D'autres métiers du sanitaire sont concernés et pourraient également être repositionnés (passage éventuel du diplôme d'aide-soignant du niveau V au niveau IV).

Dans le champ du travail social, une refondation des diplômes est également à l'étude. Elle pourrait se traduire à travers des regroupements de formations par niveau de qualification mais également par des **requelifications à la hausse du niveau de certains diplômes** en fonction des contenus enseignés et des compétences délivrées. À ce jour, aucune modification majeure, qui toucherait tant au statut qu'aux conditions d'emploi ou de formation des travailleurs sociaux, n'a été arrêtée.

### 2. DE NOUVEAUX ENJEUX DE PROFESSIONNALISATION CONCERNANT LES BACHELIERS ASSP ET SAPAT

La création récente des baccalauréats professionnels ASSP (accompagnement, soins et services à la personne) et Sapat (services aux personnes et aux territoires) implique l'intégration des titulaires de ces baccalauréats dans les métiers du sanitaire et social. Plusieurs possibilités s'ouvrent à eux : soit une insertion professionnelle directe, soit une poursuite de formation en vue de leur professionnalisation sur tel ou tel métier.

Les arrêtés du 21 mai 2014 relatifs à la formation conduisant au diplôme d'État d'aide-soignant et à la formation conduisant au diplôme d'auxiliaire de puériculture prévoient ainsi que les titulaires de ces deux bacs professionnels sont dispensés de la moitié des modules de formation des cycles AS et AP. De plus, 15 % des places au minimum doivent leur être réservées à l'entrée en formation dans les écoles professionnelles.

Les jeunes aspirant à une insertion professionnelle directe peuvent être recrutés dans le secteur de l'aide aux personnes âgées ou dans celui de la petite enfance. Pour autant, leur niveau de diplôme initial (IV) peut s'avérer être en décalage avec les métiers visés (notamment de niveau V). Ce décalage est synonyme à la fois de « déqualification » en même temps qu'il signe un défaut de professionnalisation.

### 3. L'APPRENTISSAGE, UNE VOIE PRIVILÉGIÉE POUR LES FORMATIONS DU TRAVAIL SOCIAL EN RÉGION

Des perspectives de développement de l'apprentissage en région Provence - Alpes - Côte d'Azur s'avèrent tant pour les métiers sanitaires que pour ceux du travail social. Les chiffres mettent en effet en évidence **une augmentation du nombre de formés par la voie de l'apprentissage** depuis plusieurs années,

en particulier pour les métiers du travail social. S'agit-il d'un effet de conjoncture dans un contexte global de baisse de l'apprentissage en région et en France ou est-ce le signe d'un intérêt grandissant pour ce dispositif au sein des métiers de la filière éducative ? Différents éléments apportent des pistes de réponse : l'action volontariste de la Région en la matière dans le cadre du précédent schéma régional des formations sanitaires et sociales a porté des fruits notamment en matière de sensibilisation des acteurs du secteur à ce dispositif de formation, l'action du CFA du travail social également, qui encadre aujourd'hui par la voie de l'apprentissage les métiers d'aides médico-psychologiques, de moniteurs éducateurs, d'éducateurs spécialisés, d'éducateurs de jeunes enfants, d'assistants de service social et de conseillers en économie sociale et familiale.



## CHAPITRE 3

# TENSIONS VERSUS ATTRACTIVITÉ DES MÉTIERS, DES SECTEURS ET DES TERRITOIRES

## 1. TENSIONS À LA HAUSSE OU À LA BAISSSE SUR LE MARCHÉ DE L'EMPLOI À METTRE EN REGARD D'ENJEUX D'ATTRACTIVITÉ DES SECTEURS, MÉTIERS OU ZONES D'ACTIVITÉ

Dans le secteur sanitaire et social, une tendance à la diminution des difficultés de recrutement s'avère pour certains métiers – pour les métiers du soin notamment, avec une moindre tension qu'il y a quelques années pour, considérés globalement, les infirmiers, les aides-soignants, les infirmiers puériculteurs ou les auxiliaires de puériculture. Pour autant il s'agit de métiers où les dynamiques d'embauche restent réelles voire prononcées.

De même certains métiers du travail social – ceux notamment qui se situent à la croisée de compétences sanitaires et sociales (AMP notamment) – connaissent des dynamiques similaires.

Il est plus délicat de trancher en la matière au sujet des métiers traditionnels de la filière éducative. Les données d'observation statistiques sont souvent trop agrégées pour permettre de dégager avec certitude des tendances. Ainsi, les projets de recrutement exprimés par les employeurs concernant les métiers de l'intervention socio-éducative sont en hausse alors que leur exposition au chômage de longue durée est supérieure à celle constatée pour l'ensemble des métiers du sanitaire et social. Dans le secteur privé à but non lucratif, les difficultés de recrutement diminuent et la situation s'est nettement détendue pour l'ensemble de la filière éducative, et cela sur une grande partie du territoire régional (Source : Unifaf - Enquête emploi 2012 PACA Corse).

En ce qui concerne les métiers de la rééducation, la part des recrutements jugés difficiles reste l'une des plus élevées des métiers paramédicaux (supérieure à 60 %).

Plus largement la question des tensions sur le marché du travail ne peut être entièrement dissociée des questions d'attractivité de certains métiers (moins d'attraction aujourd'hui pour le métier d'assistant de service social par exemple), de certains secteurs (le secteur des personnes âgées est moins recherché que celui de la petite enfance et des personnes handicapées), ou de certains territoires (les zones rurales enclavées connaissent des difficultés de recrutement plus importantes que les zones métropolitaines). Enfin, la croissance des besoins en personnel, dans l'aide aux personnes âgées notamment, ne va pas nécessairement de pair avec les moyens budgétaires disponibles, ni avec l'attractivité des professions concernées.

## 2. LA RÉPARTITION DE L'OFFRE DE SOIN SUR LES TERRITOIRES, ENJEU MAJEUR DES POLITIQUES DE SANTÉ

Une répartition territoriale mettant fin aux contrastes entre la bande littorale et l'arrière-pays pour l'offre de soin et d'autonomie est un enjeu majeur en région Provence - Alpes - Côte d'Azur. Ainsi, la forte densité infirmière en région va de pair avec des zones « surdotées » et « sous-dotées », générant des difficultés au sein des petites communes dans un contexte d'offre médico-sociale dédiée aux personnes en situation

de handicap et aux personnes âgées inférieure à la moyenne nationale. **Ces inégalités territoriales sont l'objet de mesures correctives et d'innovations**, avec les espaces de santé de proximité et l'apparition de maisons de santé pluridisciplinaires amenant à regrouper différents professionnels qui devront coordonner leurs interventions. Avec les SSIAD et leurs missions de soins à domicile, ce sont aussi les métiers d'aides-soignants qui sont interpellés, sachant que, globalement, leur densité en région Provence - Alpes - Côte d'Azur (577) est inférieure à celle de la France (635). Le regroupement en pôles techniques de spécialités, la reconversion et la mutualisation d'équipements des ex-hôpitaux locaux, l'universitarisation questionnent aussi la localisation des lieux de formation et des terrains de stages potentiels qui peuvent influencer sur l'implantation des professionnels et générer des contraintes de mobilité géographique.





# ANNEXE MÉTHODOLOGIQUE

## 1. LE PÉRIMÈTRE DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL

Selon la nomenclature d'activité de l'Insee NA38, il s'agit du périmètre intitulé « Santé humaine et action sociale ». Il recouvre :

**Les activités pour la santé humaine (marchandes et non marchandes) :** les activités hospitalières, l'activité des médecins généralistes et spécialistes, les activités de radiodiagnostic et de radiothérapie, les activités chirurgicales, la pratique dentaire, les ambulances, les laboratoires d'analyse médicale, les centres de collecte et banques d'organes, l'activité des infirmiers et sages-femmes, l'activité des professionnels de la rééducation, de l'appareillage et des pédicures-podologues et autres activités de santé humaine.

**L'hébergement médico-social et social (marchand et non marchand), et l'action sociale sans hébergement (marchande et non marchande) :** l'hébergement médicalisé pour personnes âgées et pour enfants ou adultes handicapés, et autres hébergements médicalisés, l'hébergement social pour handicapés mentaux et malades mentaux, pour toxicomanes, pour personnes âgées, handicapés physiques, enfants en difficultés, adultes et familles en difficultés et autres hébergements sociaux.

## 2. LES FORMATIONS RETENUES POUR LE PORTRAIT EMPLOI-FORMATION

**Secteur sanitaire :** Diplôme d'État d'infirmier – Diplôme d'État d'aide-soignant – Diplôme d'État de d'infirmier puériculteur – Diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture – Diplôme d'État d'ambulancier.

**Secteur social :** Diplôme d'État d'éducateur spécialisé – Diplôme d'État de moniteur éducateur – Diplôme d'État d'éducateur de jeunes enfants – Diplôme d'État d'aide médico-psychologique – Certificat d'aptitude à la fonction d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale (Caferuis) – Diplôme d'État d'assistant de service social.

**Métiers de la rééducation :** Diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute – Diplôme d'État d'ergothérapeute – Diplôme d'État de psychomotricien.

## 3. LES FILIÈRES RÉGIONALES DE FORMATION EN SANTÉ ET TRAVAIL SOCIAL

Cf. la *Cartographie des effectifs en formation professionnelle en PACA* de l'ORM, collection « Outils d'analyse ».

**Santé** (filière 331 – Santé) : cette filière isole les formations relatives à la santé, spécifiques par le caractère réglementé des métiers auxquels elles conduisent. Elle regroupe ainsi les diplômes des écoles du secteur sanitaire et social (aide-soignant, infirmier, auxiliaire de puériculture...) et les autres certifications se rapportant au champ de la santé (préparateur en pharmacie, analyse de biologie médicale...).

*Dans la nomenclature de 2003, cette spécialité était associée à celles du travail social.*

**Travail social** (filières 330 – Spécialités plurivalentes sanitaires et sociales et 332 – Travail social) : cette filière isole les formations relatives au travail social. Elle regroupe ainsi les diplômes des écoles du secteur sanitaire et social (auxiliaire de vie sociale, aide médico-psychologique, éducateur spécialisé, assistant de service social...) et les autres certifications se rapportant au champ du social (petite enfance, carrières sanitaires et sociales, économie sociale et familiale...).

*Dans la nomenclature de 2003, ces spécialités étaient associées à celle de la santé.*

#### 4. LES FORMATIONS EN SANTÉ ET TRAVAIL SOCIAL TRANSFÉRÉES À LA RÉGION PAR LA LOI DU 13 AOÛT 2004

**Santé :** Aide-soignant – Ambulancier – Auxiliaire de puériculture – Cadre de santé – Ergothérapeute – Infirmier diplômé d'État – Infirmier de bloc opératoire – Infirmier anesthésiste – Manipulateur en électroradiologie médicale – Masseur-kinésithérapeute – Pédicure-podologue – Psychomotricien – Infirmier en puériculture – Sage-femme.

**Travail social :** Aide médico-psychologique – Assistant de service social – Assistant familial – Auxiliaire de vie sociale – Cafdes – Caferuis – Conseiller en économie sociale et familiale – Diplôme d'État d'ingénierie sociale – Educateur de jeunes enfants – Educateur spécialisé – Educateur technique spécialisé – Médiateur familial – Moniteur éducateur – Technicien de l'intervention sociale et familiale.

#### 5. LES NOMENCLATURES SECTEURS ET MÉTIERS UTILISÉES

**La nomenclature d'activité en 38 postes (NA 38) de l'Insee :** la nomenclature d'activités française (NAF) est la nomenclature statistique nationale d'activités. Au niveau le plus fin, elle comprend 732 sous-classes. Sept niveaux d'agrégation, constituant la nomenclature agrégée (NA), sont associés à la NAF. La NA 38 comporte donc 38 postes.

**La nomenclature PCS de l'Insee :** la nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) sert à la codification du recensement et des enquêtes que l'Insee réalise auprès des ménages. Au niveau le plus fin, elle comporte 497 postes.

**La nomenclature ROME de Pôle emploi :** le ROME est le Répertoire opérationnel des métiers et des emplois de Pôle emploi. Il permet d'identifier aussi précisément que possible chaque offre et chaque demande d'emploi afin de pouvoir les rapprocher. Un peu plus de 10 000 appellations de métiers et emplois sont traitées à travers 531 fiches-métiers, chacune correspondant à un code ROME.

#### 6. LES SOURCES MOBILISÉES

Insee, Recensements de la population 2006-2011  
Insee, Omphale projections de la population active, 2007-2030  
Insee, Sirene 2013  
Insee, Clap 2011  
Insee, DADS 2011  
Urssaf PACA, DPAE 2009 à 2013  
Urssaf, Stat'UR n° 1, bilan 2013  
Pôle emploi - Direccte SESE, DEFM ABC 12/2013  
Pôle emploi – Credoc, Enquête en besoin de main-d'œuvre 2010 à 2014  
ORM, Cartographie des effectifs en formation professionnelle 2012  
Drees, Enquêtes écoles et élèves des années 2008 à 2013  
Conseil régional, Effectifs inscrits dans un CFA de la région au 31/12 2011 et 2012  
Conseil régional, Données de gestion collectées auprès des établissements 2012 et 2013  
DRJSCS PACA

Céreq, enquêtes Génération 2004 et 2010  
 ASP – Direccte, Emplois d'avenir à fin mars 2014  
 Unifaf, Enquête emploi 2012,  
 ANFH, Cartographie des métiers de l'ANFH 2011

## 7. LE PÉRIMÈTRE DES MÉTIERS DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL RETENUS POUR L'ENQUÊTE EN BESOIN DE MAIN-D'ŒUVRE DE PÔLE EMPLOI

Assistants maternelles, aides-soignants (dont aides médico-psychologiques, auxiliaires de puériculture, assistants médicaux), infirmiers (dont cadres infirmiers et puéricultrices), sages-femmes, techniciens médicaux et préparateurs, spécialistes de l'appareillage médical (dont opticiens et prothésistes), autres professionnels paramédicaux (dont kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, diététiciens), éducateurs spécialisés (dont moniteurs éducateurs et chefs de service éducatif), professionnels de l'action sociale (dont assistants sociaux, conseillers en économie sociale familiale).

## 8. LES MÉTIERS DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE ET CARTOGRAPHIE DES MÉTIERS DE L'ANFH

Les analyses faisant référence aux métiers de la fonction publique hospitalière sont issues d'une enquête menée auprès des adhérents de l'ANFH, devant aboutir notamment à une cartographie des métiers (résultats régionaux, octobre 2011). C'est sur celle-ci que reposent les analyses des métiers de la « fonction publique hospitalière ». 47 sous-familles de métiers rattachées à neuf familles professionnelles sont identifiées : famille soins, famille social, éducatif, culturel, sport et loisir, famille recherche clinique, famille ingénierie et maintenance technique, famille services logistique, famille qualité-hygiène-sécurité-environnement, famille système d'information, famille gestion de l'information, famille management, famille gestion et aide à la décision.

## 9. SECTEUR PRIVÉ À BUT NON LUCRATIF ET ENQUÊTE EMPLOI D'UNIFAF

Les analyses faisant référence au secteur privé à but non lucratif sont issues de l'« Enquête emploi » 2012 menée par Unifaf (OPCA de la branche du secteur privé à but non lucratif) auprès de ses adhérents.

**Les métiers retenus pour l'enquête en emploi 2012 sont :**

**Métiers principaux :** aide médico-psychologique, aide-soignant, éducateur spécialisé, infirmier, moniteur éducateur.

**Métiers secondaires :** agent d'accueil, agent administratif, agent des services généraux, agent des services hôteliers, agent de soins, assistant de service social, assistant familial, auxiliaire de puériculture, auxiliaire de vie, chargé d'insertion, chef de service éducatif, conseiller en économie sociale et familiale, directeur d'établissement, éducateur de jeunes enfants, éducateur technique spécialisé, enseignant, ergothérapeute, formateur, infirmier spécialisé, maîtresse de maison, mandataire judiciaire, manipulateur en radiologie, masseur-kinésithérapeute, médecin généraliste, médecin spécialiste, médecin psychiatre, moniteur d'atelier, orthophoniste, psychomotricien, psychologue, sage-femme, secrétaire, secrétaire médical, surveillant de nuit qualifié, technicien de l'intervention sociale et familiale, technicien coordonnateur des services hôteliers et généraux.

## 10. LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ RÉGLEMENTÉS

Ils ont l'obligation de faire enregistrer leur diplôme auprès de l'Agence régionale de santé (ARS). Il s'agit des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes, audioprothésistes, pédicures-podologues, opticiens-lunetiers, ergothérapeutes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, diététiciens, psychomotriciens, orthoprothésistes, podoprotésistes, orthopédistes-orthésistes, ocularistes, épithésistes, assistants de service social, psychologues.

## 11. LA VAE

Pour des raisons de disponibilité des données sur les années observées, **l'ensemble des éléments présentés concernant la formation sont hors VAE**. Pour autant, le recours à cette voie de formation pour nombre de professionnels déjà en emploi dans le sanitaire et social est fréquent. Des enjeux de professionnalisation ou de mobilités professionnelles entre métiers du secteur sont en effet associés au recours à la VAE.

Ex : L'augmentation du nombre de diplômés infirmiers est comparée à l'évolution des diplômés des formations paramédicales et de sage-femme, hors VAE. La formation d'infirmier n'est pas accessible par la VAE. Or, pour certaines formations accessibles par la VAE, le nombre de diplômés n'est pas pris en compte et est donc sous-estimé. Par exemple, aux 2 104 diplômés aides-soignants de 2012, il faudrait ajouter les 264 issus d'une démarche de VAE. Les effectifs diplômés des formations accessibles avec VAE sont donc sous-estimés.

## 12. L'INSERTION PROFESSIONNELLE DES DIPLÔMÉS

Afin d'obtenir des données sur l'insertion professionnelle des diplômés, le Cefiec a été mobilisé. Une interrogation a été lancée auprès de tous les IFSI de la région pour accéder au suivi des sortants de la dernière promotion diplômée IDE. Les réponses obtenues sont lacunaires et ne peuvent être exploitées (moins de la moitié des IFSI ont répondu).

## 13. LES ÉVOLUTIONS LÉGISLATIVES DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL

De nombreuses évolutions réglementaires concernent le secteur sanitaire et social. La liste ci-dessous en reprend les principales.

Dans le cadre de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, dite « Acte 2 de la décentralisation », l'État a décidé de décentraliser les formations sanitaires et sociales aux régions en s'appuyant sur leur expertise dans le champ de la formation professionnelle. En application, respectivement, des articles 53 à 55 et de l'article 73 de la loi du 13 août 2004, les formations sociales et les formations sanitaires entrent désormais dans la compétence de droit commun des régions en matière de formation. Elles font ainsi l'objet de schémas régionaux spécifiques, intégrés dans le plan régional de développement des formations (PRDF).

La loi Borloo du 26 juillet 2005, relative au développement des services à la personne met en œuvre le plan Borloo de février 2005. Les principales mesures sont : la création du chèque emploi service facilitant la déclaration et le paiement des prestataires de service à la personne, l'allègement de charges sociales pour les particuliers employeurs, une TVA à 5,5 % sur les prestations de service à la personne, la création de l'Agence nationale des services à la personne.

L'universitarisation des formations paramédicales inscrites dans le schéma licence-master-doctorat (LMD) en décembre 2006 dans le cadre de la mise en œuvre du processus de Bologne implique la mise en place du système de crédits ECTS (*European Credit Transfer and Accumulation System*) et instaure la possibilité de tronc communs et de passerelles entre les formations. La réforme LMD est en cours de discussion pour les formations sociales.

La tarification à l'activité (T2A) est le mode de financement unique des établissements de santé, publics et privés. Lancée en 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », elle repose sur une logique de mesure de la nature et du volume des activités et non plus sur une autorisation de dépenses.

La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009 prévoit que chaque agence régionale de santé (ARS) « définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours ». Aux termes de la loi, chaque territoire de santé est doté d'une instance consultative. La conférence de territoire « contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique. Elle peut faire toute proposition au directeur général de l'ARS concernant l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé. Le décret n° 2010-347 du 31 mars 2010 précise la composition, ainsi que les modalités d'installation et de fonctionnement des conférences de territoire.

La loi du 6 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale précise que « les instituts ou écoles, autorisés par le président du Conseil régional à dispenser une formation paramédicale initiale ou une formation continue pour les demandeurs d'emploi, participent au service public régional de la formation professionnelle ».

Le projet de loi santé 2015 vise l'amélioration des coopérations entre les professionnels de santé et médico-sociaux selon différentes orientations : le renforcement de la prévention, la mise en place d'un service territorial de santé au public et l'encadrement du parcours du patient, le pari de l'innovation en matière de santé publique à travers notamment la reconnaissance de nouveaux métiers, ou encore l'établissement d'une nouvelle gouvernance pour une politique de santé proche des usagers.

Le projet de loi d'adaptation de la société au vieillissement devant entrer en vigueur à la mi-2015 s'articule sur trois axes :

- 1) anticiper la perte d'autonomie : faire du domicile un lieu de prévention / dynamiser la prévention individuelle et collective / lutter contre le suicide des âgés / agir contre l'isolement des âgés ;
- 2) prendre des mesures pour adapter la société au vieillissement : adapter les logements aux enjeux du vieillissement / donner aux âgés le choix du modèle d'habitat qui leur convient / prendre en compte le défi démographique dans l'aménagement des villes et des territoires / reconnaître l'engagement citoyen des âgés et développer à tous les niveaux les échanges intergénérationnels ;
- 3) accompagner la perte d'autonomie : réaffirmer les droits et libertés des âgés / assurer l'accessibilité financière des prestations / faire des métiers de l'autonomie une filière d'avenir / améliorer l'information et l'accès aux droits des âgés et de leurs familles / soutenir les proches aidants et les aidants familiaux / renforcer la participation des âgés à la construction des politiques publiques qui les concernent / faire de l'âge un atout pour la croissance économique et pour l'emploi.

L'article 70 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour l'année 2012 envisage de nouvelles articulations entre sanitaire, social et services à la personne à travers la mise en place expérimentale de nouveaux modes d'organisation des soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, en prévenant leur hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux.

## **14. LES ACTEURS RENCONTRÉS**

ANAS (Association nationale des assistants de service social)

ONI (Ordre national des infirmiers)

Services du Conseil général des Bouches-du-Rhône

Acepp (Association des collectifs enfants parents professionnels)

DROS (Dispositif régional d'observation sociale)

DRJSCS (Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale)

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

ARS (Agence régionale de santé)

Uniformation (organisme paritaire collecteur agréé [OPCA] des entreprises de l'économie sociale, de l'habitat social et de la protection sociale)

Unifaf (organisme paritaire collecteur agréé [OPCA] de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale)

Cefiec (Comité d'entente des formations infirmières et cadres)

FHF (Fédération hospitalière de France)

FHP (Fédération des cliniques et hôpitaux privés de France)

Fnesi (Fédération nationale des étudiants infirmiers)

Unifed (Union des fédérations et syndicats nationaux d'employeurs sans but lucratif du secteur sanitaire, médico-social et social)

Uriopss (Union régionale des œuvres et organismes privées sanitaires et sociaux)

PSP (Pôle services à la personne)

Experts

# GLOSSAIRE

**AMP** : Aide médico-psychologique  
**ANFH** : Agence nationale pour la formation du personnel hospitalier  
**ANPDE** : Agence nationale des puéricultrices diplômées et des étudiantes  
**ARS** : Agence régionale de santé  
**ASSP** : Accompagnement, soins et services à la personne  
**Cafdes** : Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement social  
**Caferuis** : Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale  
**CAP** : Certificat d'aptitude professionnelle  
**CCOP** : Commission de coordination de l'offre de proximité  
**CDD** : Contrat à durée déterminée  
**CDI** : Contrat à durée indéterminée  
**CEE** : Centre d'études de l'emploi  
**Cefiec** : Comité d'entente des formations infirmières et cadres  
**CESF** : Conseiller en économie sociale et familiale  
**CHU** : Centre hospitalier universitaire  
**CLAP** : Connaissance locale de l'appareil productif  
**CMU-C** : Couverture maladie universelle-complémentaire  
**Dares** : Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques  
**DE** : Diplôme d'État  
**DEAMB** : Diplôme d'État d'ambulancier  
**DEAMP** : Diplôme d'État d'aide médico-psychologique  
**DEAP** : Diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture  
**DEAS** : Diplôme d'État d'aide-soignant  
**DEASS** : Diplôme d'État d'assistant de service social  
**DEAVS** : Diplôme d'État d'auxiliaire de vie sociale  
**DEE** : Diplôme d'État d'ergothérapeute  
**DEEJE** : Diplôme d'État d'éducateur de jeunes enfants  
**DEES** : Diplôme d'État d'éducateur spécialisé  
**DEFM** : Demandeurs d'emploi en fin de mois  
**DEI** : Diplôme d'État d'infirmier  
**DEIS** : Diplôme d'État d'ingénierie sociale  
**DEME** : Diplôme d'État de moniteur éducateur  
**DEP** : Diplôme d'État de psychomotricien  
**DPAE** : Déclaration préalable à l'embauche  
**Drass** : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales  
**Drees** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
**DRJSCS** : Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale  
**EAV** : Emploi d'avenir  
**Ehpad** : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
**EJE** : Educateur de jeunes enfants  
**ESAT** : Établissement et services d'aide par le travail  
**ETP** : Équivalent temps plein  
**FNORS** : Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé

**HAD** : Hospitalisation à domicile  
**ORM** : Observatoire régional des métiers  
**PACA** : Provence - Alpes - Côte d'Azur  
**Paerpa** : Personnes âgées en risque de perte d'autonomie  
**PMI** : Protection maternelle et infantile  
**ROME** : Répertoire opérationnel des métiers et des emplois  
**RPLR** : Recensement de la population au lieu de résidence  
**RSA** : Revenu de solidarité active  
**SAE** : Statistique annuelle des établissements de santé  
**SAMU** : Service d'aide médicale urgente  
**Sapat** : Service aux personnes et aux territoires  
**Spasad** : Service polyvalent de soins et d'aide à domicile  
**SSIAD** : Service de soins infirmiers à domicile  
**TISF** : Technicien de l'intervention sociale et familiale  
**VAE** : Validation des acquis de l'expérience  
**VSL** : Véhicule sanitaire léger



## Dernières publications de l'ORM

### Enquête sur l'apprentissage dans les métiers de l'animation et du sport en région Provence - Alpes - Côte d'Azur

> Quels leviers et quels freins au recrutement des apprentis ?

Collection *En Ligne* – Rapport d'étude, n° 5

Septembre 2015

### La formation professionnelle dans la métropole d'Aix-Marseille-Provence

> Qui se forme dans le territoire métropolitain ?

Collection *En Ligne* – Rapport d'étude, n° 4

Juillet 2015

### Portrait régional emploi-formation du secteur sanitaire et social en PACA (13 métiers étudiés)

Collection *En Ligne* – Bulletin du sanitaire et social en PACA, n° 11 à 23

Juin 2015

### Territoires et qualifications

> Analyse de la relation formation-emploi sur les 18 zones d'emploi de la région Provence – Alpes – Côte d'Azur

Collection *Outils d'analyse*, n° 18

3<sup>e</sup> édition – Juin 2015

### Les discriminations en question

Semestriel n° 6

Collection *Les périodiques de l'ORM*

Juin 2015

### Quand l'école est finie en PACA...

> Premiers pas dans la vie active de la Génération 2010 – Enquête 2013

Collection *Études*, n° 26

Juin 2015

### Quand l'école est finie en PACA...

> Synthèse des premiers pas dans la vie active de la Génération 2010

Collection *En Ligne* – Note Parcours, n° 6

Juin 2015

### La prospective régionale en PACA

> Synthèse de l'étude « pilote » sur l'industrie agroalimentaire

Collection *En Ligne* – Note Secteurs, n° 2

Juin 2015

### La prospective régionale en PACA

> Étude « pilote » sur l'industrie agroalimentaire

Collection *Études*, n° 25

Juin 2015

CETTE PUBLICATION A ÉTÉ FINANÇÉE PAR



Région  
Provence  
Alpes  
Côte d'Azur



PROVENCE - ALPES - CÔTE D'AZUR

Observatoire Régional des Métiers

41, la Canebière - 13001 Marseille - Tél. 04 96 11 56 56 - Fax 04 96 11 56 59 - E-mail [info@orm-paca.org](mailto:info@orm-paca.org)

Retrouvez l'ensemble de nos publications en ligne sur : [www.orm-paca.org](http://www.orm-paca.org)