

SEPTEMBRE 2005

L'emploi et la formation dans le secteur sanitaire et social dans les Pays de la Loire

Conseil régional des Pays de la Loire

Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire

Remerciements
Cette étude a été réalisée grâce à la collaboration des nombreux professionnels qui ont accepté de répondre à nos sollicitations.

M. Jean-François Arthuis-Brault,	*délégué régional CNFPT (fonction publique territoriale), Angers*
Mme Muriel Brzegowy,	*directeur de l'IFRAMES, Angers*
Mme Catherine Berthomeau,	*directeur-adjoint de la DRASS*
Mme Victoire Château,	*directeur de l'IFAASS, Nantes, et ses collaboratrices*
M. René Clouet,	*directeur du CREAI*
M. François-Xavier Corbin	*adjoint du délégué régional de la Fédération hospitalière de France*
Mme Jacqueline Corbineau,	*secrétaire générale UNIFAF*
Mme Sylviane Cussonneau,	*DRASS*
Mme Marie-Jo Doublier,	*service social, CRAM*
M. Arnaud Du Crest,	*directeur du CARIF-OREF*
Mme Marie-Bernadette Hamet-Denise,	*conseiller technique à la DRASS*
M. Paul Heulin,	*directeur du CEFRAS, Chemillé*
M. Pierre Liard,	*délégué régional ADMR*
Mme Jacqueline Lebail-Grandel,	*directrice, ENSO, Nantes*
Mme Monique Lusson,	*correspondante régionale du CEFIEC*
M. Philippe Marin,	*délégué régional de la Fédération hospitalière de France*
M. Marc Marhadour,	*ADAPEI, Nantes, membre du conseil économique et social régional, délégué régional de l'UNIFED*
M. Jean-Pierre Nédélec,	*conseil régional*
Mme Marie-Thérèse Paillusson,	*administrateur de l'ENSO, Nantes*
M. Claude Perrault,	*Président UNIFAF*
Mme Anne Picard-Cosker,	*DRASS*
Mme Catherine Poulain,	*directrice de l'ENSO (au moment de la rédaction de l'étude), Angers*
M. Christian Poupon,	*secrétaire général, Direction du développement social et de la solidarité, conseil général du Maine-et-Loire*
M. Jean-Claude Prono,	*directeur de l'IFSO, Angers*
M. Louis Rangheard,	*fédération de l'hospitalisation privée (FHP)*
M. Jean-François Retière,	*correspondant régional de la commission nationale de la certification professionnelle*
M. Maurice Suriray,	*directeur de l'école d'éducateurs de jeunes enfants, Nantes*
M. Franck Vincent,	*directeur de la Direction de la solidarité, conseil général de Vendée*
M. Didier Wustner,	*président adjoint, UNIFAF*

Nos remerciements vont également à Mme Viviane Massinon et à M. Olivier Jean, statisticiens à la DRASS qui ont bien voulu mettre à notre disposition de nombreux éléments statistiques mobilisés dans cette étude.

Cette étude a été effectuée à la demande et grâce au financement
du Conseil régional des Pays de la Loire,
par l'Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire.

Sa réalisation a été assurée par Marie-Christine Bournot et François Tuffreau,
en collaboration avec Laurence Girard, Marie-Cécile Goupil,
Brigitte Klok, Françoise Lelièvre.

INTRODUCTION.....7

RESUME.....9

PREMIERE PARTIE
L'emploi dans les établissements de santé.....15

Chapitre I - 1991-2005 : un secteur hospitalier en pleine mutation.....17

Chapitre II - L'emploi non médical : la croissance des effectifs se poursuit.....21
II-1 - La situation au 1er janvier 2004.....21
II-2 - Une progression de l'emploi comparable à celle du secteur des services 26

Chapitre III - Les professions médicales dans les établissements de santé.....30
III-1 - La situation au 1er janvier 2004.....30
III-2 - La progression des effectifs ralentit.....32

DEUXIEME PARTIE
L'emploi dans les établissements sociaux et médico-sociaux.....35

Introduction.....37

Chapitre I - Les établissements et services médico-sociaux.....38
I-1 - L'environnement général.....38
I-2 - La situation de l'emploi au 1er janvier 2002 dans les établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées.....41
I-3 - Une progression forte de l'emploi dans les établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées.....48

Chapitre II - Les établissements pour personnes âgées.....53
II-1 - L'environnement général.....53
II-2 - La situation de l'emploi au 1er janvier 2004 dans les structures autonomes d'hébergement pour personnes âgées.....55

TROISIEME PARTIE
Aides à domicile, naissance d'une identité collective.....65

Chapitre I - Un champ d'activité aux frontières discutées.....67

Chapitre II - Branche des aides à domicile : des enjeux de mieux en mieux perçus.....71

Chapitre III - Des emplois en croissance.....75

QUATRIEME PARTIE
L'emploi dans le secteur des soins de proximité 83

Chapitre I - Les soins de proximité mobilisent des ressources plus importantes que les établissements de santé 85

Chapitre II - La densité médicale a amorcé son recul 88

CINQUIEME PARTIE
L'offre de formation dans les Pays de la Loire 97

Chapitre I - Les formations sanitaires et sociales délivrées dans la région 99
I-1 - Les professions sociales de niveau IV et III 99
I-2 - Les sages-femmes et les professions paramédicales 104
I-3 - Les formations d'aides à la personne 109

Chapitre II - La formation professionnelle 114

Chapitre III - La validation des acquis de l'expérience (VAE) 117

SIXIEME PARTIE
Des évolutions prévisibles 123

Introduction 125

Chapitre I - Départs à la retraite : quelques simulations 127

Chapitre II - La baisse de la densité médicale va s'accélérer dans les années à venir 131
II-1 - Les projections démographiques 131
II-2 - Un partage différent des compétences entre les professionnels de santé pourrait limiter les tensions sur l'offre de soins 136

Chapitre III - Le vieillissement démographique et ses conséquences 138

SEPTIEME PARTIE
Relation formation-emploi : des problématiques émergentes 143

Introduction 145

Chapitre I - Eléments de contexte 146

Chapitre II - Des problématiques émergentes 148

Annexes 153

Bibliographie 161

INTRODUCTION

La loi du 13 août 2004 a transféré aux régions la responsabilité des formations aux professions sanitaires et sociales (non compris les formations médicales).

A cette occasion, le Conseil régional des Pays de la Loire a confié à l'Observatoire régional de la santé la mission de mettre à jour les principaux éléments descriptifs concernant l'emploi et la formation dans les Pays de la Loire déjà publiés dans une précédente étude, et de dresser les perspectives à venir pour ce secteur.

Le secteur sanitaire et social occupe, en effet, une place primordiale dans la vie régionale, par son importance économique, et par les services rendus à la population (services de santé, services sociaux, aides aux personnes âgées et handicapées).

Selon les estimations régionales d'emplois salariés réalisées par l'Insee, le champ de la santé et de l'action sociale, emploie 127 486 personnes au 31 décembre 2003 ce qui représente 10,2 % de l'emploi régional.

Par ailleurs, ce secteur d'activité, par son implantation très diffuse, assure un maillage sur l'ensemble du territoire, qui contribue fortement au maintien du tissu social.

Ces dernières années, le secteur sanitaire et social a été confronté à des évolutions et transformations importantes.

Cette étude cherche à retracer ces diverses évolutions par sous-secteur d'activité :
- établissements de santé (première partie),
- établissements sociaux et médico-sociaux (deuxième partie),
- aide à domicile (troisième partie),
- et soins de proximité (quatrième partie).

Elle décrit, dénombre et étudie les emplois et leurs évolutions observées depuis le premier état des lieux réalisé en 1999*.

Le rapport s'intéresse ensuite à l'offre de formation dans les Pays de la Loire (cinquième partie), puis dresse les perspectives d'évolution des besoins d'emplois et de formations dans ce secteur d'activité (sixième et septième parties).

* L'emploi et la formation dans le secteur sanitaire et social dans les Pays de la Loire, ORS des Pays de la Loire, juillet 1999 - 99 p.

SYNTHESE

Méthodes et limites

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a transféré aux régions la responsabilité des formations aux professions sanitaires et sociales (non compris les formations médicales).
A cette occasion, le Conseil régional des Pays de la Loire a confié à l'Observatoire régional de la santé la mission de mettre à jour les principaux éléments descriptifs concernant l'emploi et la formation dans la région déjà publiés à l'occasion d'une précédente étude[1], et de dresser les perspectives à venir pour ce secteur.
Le secteur sanitaire et social occupe, en effet, une place primordiale dans la vie régionale, par son importance économique (10 % de l'emploi salarié régional selon les estimations réalisées par l'Insee[2]), et par les services rendus à la population.

Une des principales particularités de cette étude est d'analyser l'emploi de façon simultanée dans ces deux champs d'activité, le secteur social et le secteur sanitaire, entre lesquels existent de nombreuses frontières communes.
Par rapport au rapport publié en 1999, cette deuxième étude apporte des éléments descriptifs et quantitatifs sur les emplois à domicile, encore mal repérés il y a six ans. Mais le bilan reste non exhaustif dans la mesure où le recensement de certains métiers (du travail social en particulier) ou de certains champs d'activités (protection de l'enfance ; accueil collectif petite enfance…) n'a pu être mené à bien.

L'étude s'est appuyée principalement sur les systèmes d'information existants et en particulier les enquêtes statistiques de la DRASS, sur une vingtaine d'interviews effectuées auprès de professionnels du secteur, ainsi que sur une analyse bibliographique importante.

Un secteur en mutations !

Au cours de la période récente, le secteur sanitaire et social a été traversé par des mutations importantes.

Le secteur hospitalier a connu, dans la région, une série de restructurations sans précédent. A côté des fusions ou des regroupements d'établissements, des bouleversements moins visibles ont, en effet, modifié en profondeur les conditions d'exercice : développement des démarches d'accréditation, diffusion des recommandations professionnelles, généralisation des protocoles de soins, et bien sûr, mise en œuvre de la loi sur l'aménagement et la réduction du temps de travail.

De son côté, le secteur des personnes âgées a été concerné par la mise en œuvre simultanée de la réforme de la tarification et l'instauration de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie).

Enfin, si historiquement, les politiques sociales ont toujours été plus attentives aux conditions de développement des établissements que des interventions au domicile, le secteur des aides à domicile connaît aujourd'hui, lui aussi, des développements importants. Les politiques engagées ont favorisé le développement de cette branche, dans un objectif de professionnalisation de l'aide à domicile : signature d'un accord de branche entre les différents employeurs, instauration de l'APA, création du diplôme d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS), et loi de janvier 2002, qui a reconnu ces services comme « institutions sociales et médico-sociales ».

Dans les établissements de santé, l'emploi a progressé à un rythme comparable à celui de l'ensemble des services

Les établissements de santé emploient à eux seuls 56 000 personnes dans la région. Les établissements pour personnes âgées et les établissements ou services médico-sociaux pour personnes handicapées emploient, quant à eux, respectivement 17 000 et 12 000 personnes.
On observe dans la période récente une augmentation sensible de ces effectifs

(+ 2 % par an dans les établissements de santé entre 1997 et 2004, + 3,7 % par an dans les établissements pour personnes handicapées entre 1996 et 2002), liée pour partie à la mise en œuvre de la réduction du temps de travail.
A titre de comparaison, le rythme de progression de l'emploi régional dans l'ensemble du secteur des services a été de +2,0 % par an (entre 1999 et 2004[2]).

Le travail à temps partiel a continué de se développer dans les différentes structures sanitaires et sociales. Il concerne désormais 30 % des emplois dans les établissements de santé (en 2004), 52 % dans les établissements pour personnes handicapées (en 2002) et 48 % dans les établissements d'hébergement autonomes pour personnes âgées (en 2004).

En ce qui concerne le champ de l'aide à domicile, secteur de mieux en mieux repéré sur le plan statistique, on dénombre un peu plus de 10 000 emplois pour la seule branche de l'aide à domicile (BAD). Mais cette évaluation reste très incomplète.

Les soins de proximité (c'est-à-dire l'ensemble des activités de soins contribuant à la prise en charge des patients au plus près de leur domicile), mobilisent également des moyens humains importants : 28 000 actifs au total. Mais dans ce secteur, la croissance des effectifs ralentit pour plusieurs professions de santé exerçant en secteur libéral (+0,4 % par an entre 1997 et 2004 pour les médecins, stabilité pour les chirurgiens-dentistes, +1,3 % pour les infirmières libérales).

Les emplois de niveau V conservent une place très importante

Dans le secteur sanitaire et social, les emplois de niveau V (CAP, BEP, ou diplôme inférieur) ont une place très importante : emplois d'aide à la personne (aides-soignants, aides-médico-psychologiques), agents de service, personnel des services techniques ou généraux (entretien, préparation des repas). Ils représentent un actif sur deux dans les établissements de santé, quatre sur cinq dans les établissements pour personnes âgées et deux sur cinq dans les établissements pour personnes handicapées.
Ces emplois sont primordiaux dans les services d'aides à domicile.

Des évolutions prévisibles

Parmi les différents éléments susceptibles d'influencer l'évolution de l'emploi et donc les politiques de formation dans les années à venir, trois facteurs ont été identifiés dans cette étude, car aisément quantifiables :
- les départs à la retraite,
- l'évolution de la densité médicale,
- le vieillissement démographique.

Le diagnostic est maintenant bien établi : à partir de 2006, les générations nombreuses nées après 1946, dites du baby-boom, vont commencer à atteindre soixante ans et à partir à la retraite. Une baisse de l'effectif de la population active est attendue à partir de 2007.
Le secteur sanitaire et social est concerné lui aussi par ce mouvement démographique, avec des évolutions qui peuvent être différentes selon les métiers, les territoires...
Selon les quelques simulations effectuées dans cette étude, les besoins de remplacement seraient pour la période 2006-2010 de 2,7 % par an pour les éducateurs spécialisés des établissements pour personnes handicapées, de 3,5 % par an pour les infirmiers des établissements publics de santé et de 3,2 % pour les aides-soignants.

Dans les Pays de la Loire, le nombre de médecins va légèrement augmenter jusqu'en 2010 puis diminuer ensuite.
Certains territoires sont déjà concernés par un recul de la densité médicale : depuis dix ans, le nombre d'omnipraticiens libéraux en activité en Mayenne et en Sarthe n'a pas augmenté.
Un partage différent des compétences entre les professionnels de santé, mais aussi entre les professionnels de l'aide et du soin, pourrait limiter ces tensions sur l'offre de soins.
Ces transferts nécessiteraient des adaptations dans le rôle des auxiliaires médicaux, dont les formations sont maintenant organisées sous la responsabilité du Conseil régional.

Le vieillissement de la population va se poursuivre au cours des dix prochaines années (2005-2015). L'effectif du groupe d'âge des 85 ans et plus va ainsi augmenter de + 84 % dans la région.
Le territoire de santé des Sables-d'Olonne comme les territoires situés autour des grandes agglomérations sont particulièrement concernés par cette tendance.

Quelques éléments prospectifs

Suite à la loi de décentralisation du 13 août 2004, l'Etat conserve ses compétences en ce qui concerne la délivrance des titres et des diplômes, le contrôle des organismes de formation, et la déclaration d'activité des établissements de formation.

En ce qui concerne les formations sociales, la Région a en charge la définition de la politique de formation des travailleurs sociaux, alors que pour les professions paramédicales, son champ d'action est plus réduit (répartition des quotas et des capacités d'accueil entre établissements de formation dans la région et financement des établissements).

Dans une approche plus prospective (correspondant aux 6ème et 7ème parties), l'Observatoire propose un certain nombre de réflexions contributives dans la perspective de l'élaboration du futur schéma éducation-formation, qui doit être mis en œuvre par le Conseil régional.

Eléments de contexte

Dans le secteur sanitaire et social, la notion de branche n'a pas la même signification que dans les autres secteurs d'activité, à cause de la grande dispersion des modes de représentation professionnelle entre les trois fonctions publiques (hospitalière, territoriale, Etat), les cliniques privées à caractère commercial, le secteur associatif qui comprend deux branches distinctes, et le secteur libéral.

L'évaluation des besoins doit tenir compte également du fait que les voies de formation sont de plus en plus diversifiées, avec le développement de l'apprentissage (ouverture d'une section pour les éducateurs spécialisés en septembre 2005) et de la Validation des acquis de l'expérience (VAE).

Enfin, certains éléments du diagnostic doivent être affinés en ce qui concerne en particulier la « crise de recrutement » que connaissent certains centres de formation (IFSI notamment), et les tensions sur le marché du travail que l'on observe pour certains métiers (aide-soignant en particulier) ou certains territoires.

Des problématiques émergentes

Décloisonner les formations
Le dispositif de formation doit contribuer à son niveau à faciliter les coopérations entre métiers, entre le sanitaire et le social, entre domicile et établissement…, en décloisonnant les différentes formations.

Donner toute sa place au développement des emplois à domicile
Pour faire face à la croissance de la demande sociale liée au vieillissement, la place des interventions à domicile dans les cursus de formation initiale doit sans doute être mieux prise en compte.

Constituer des pôles de référence en travail social
L'évolution du cadre institutionnel dans lequel les travailleurs sociaux exercent, et la multiplication des dispositifs sociaux nécessitent de constituer des pôles de référence pluriprofessionnels. La constitution de ces pôles à Nantes et à Angers, préconisée par les premiers schémas nationaux et régionaux, restent donc un objectif prioritaire.

S'interroger sur le nouvel environnement des instituts de formation en soins infirmiers
Le projet de constitution d'une première année commune aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes dans le cadre du PCEM1 (première année du premier cycle des études médicales) n'est plus d'actualité. Le nouveau contexte créé par la décentralisation amène à s'interroger sur l'évolution du réseau des IFSI, et en particulier, sur les liens entretenus par les instituts aussi bien avec les différents milieux professionnels qui emploient des infirmiers (le domicile en particulier), qu'avec l'université. Dans la perspective de baisse de la densité médicale, les IFSI peuvent devenir de véritables pôles de compétences et de recherche en soins infirmiers.

Prendre en compte les emplois de niveau V, qui gardent une place prépondérante
Etant donnée l'importance de ces emplois aussi bien dans les établissements de santé que dans les établissements médico-sociaux, une approche spécifique et commune au secteur sanitaire et social apparaît nécessaire.

Engager une réflexion sur les conditions d'accueil des stagiaires
L'augmentation des capacités de formation dans de nombreux centres a entraîné des problèmes d'organisation pour les lieux de stage, qui n'ont sans doute pas seulement un caractère conjoncturel. C'est un axe stratégique de réflexion dans la mesure où les formations sanitaires et sociales consacrent souvent la moitié du temps de formation en mise en situation professionnelle.

1 L'emploi et la formation dans le secteur sanitaire et social dans les Pays de la Loire, ORS des Pays de la Loire, juillet 1999 - 99 p.
2 Estimations de l'emploi au 31/12/1998 et 2003 (basées sur le RP1999) - Insee

PREMIERE PARTIE

L'emploi dans les établissements de santé

SOMMAIRE

Chapitre I - Un secteur hospitalier en pleine mutation

Chapitre II - L'emploi non médical : la croissance des effectifs se poursuit

Chapitre III - Les professions médicales dans les établissements de santé

CHAPITRE I - 1991-2005 : UN SECTEUR HOSPITALIER EN PLEINE MUTATION

Depuis une quinzaine d'années, le monde hospitalier a connu des transformations très importantes.
Cette période a d'abord été marquée par un mouvement de restructuration sans précédent. Fusions et rapprochements d'établissements se sont accélérés et ont abouti, dans de nombreux cas, à une redéfinition des activités.

D'autres bouleversements moins visibles ont modifié en profondeur les méthodes et l'organisation du travail au sein des établissements :

- élaboration des projets d'établissement et développement des démarches qualité (accréditation, évaluation des pratiques professionnelles),
- diffusion de protocoles formalisant le travail soignant (référentiels),
- généralisation des outils de contrôle et de traçabilité dans le cadre de la diffusion des nouvelles procédures liées aux vigilances,
- mise en œuvre de la loi sur l'aménagement et la réduction du temps de travail.

Depuis 1991, le Schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) est devenu le principal outil de la planification hospitalière

L'instauration des SROS par la loi hospitalière de 1991 a modifié en profondeur la démarche de planification sanitaire qui reposait depuis 1970 essentiellement sur la carte sanitaire.
Le SROS est l'outil de référence de la planification sanitaire qui encadre le développement des activités de santé. Les autorisations ou renouvellements d'activités de soins, de même que les projets d'établissement doivent être décidés en tenant compte de ses orientations.

Les premiers SROS ont été adoptés en 1994. Les SROS dits de 3ème génération, élaborés à partir de 2005-2006, précisent les objectifs quantifiés de l'offre de soins par activités de soins, au niveau des territoires de santé (après l'abandon des secteurs sanitaires).

Création de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) en 1996

Les SROS sont élaborés et mis en œuvre par les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), qui ont été instituées par les ordonnances de 1996. L'ARH a été créée sous forme d'un groupement d'intérêt public (GIP) entre l'Etat et l'assurance maladie, mode d'organisation qui vise à tenir compte des deux légitimités qui se partagent la gestion de l'organisation sanitaire.

Depuis cette réforme, l'ARH concentre au plan régional, dans une seule structure, les pouvoirs de financement et de planification. La création des ARH s'est accompagnée du développement d'une politique de contractualisation entre l'agence et les établissements de santé.

Un important mouvement de restructuration

Les ARH ont accompagné dans la plupart des régions, dans le cadre des SROS, un important mouvement de restructuration*, qui a été particulièrement marqué dans les Pays de la Loire.

De nombreuses fusions d'établissements sont intervenues, que ce soit entre établissements publics ou entre établissements privés. Quelques cliniques privées ont également été absorbées par des établissements publics ou participant au service public hospitalier.

Dans plusieurs villes moyennes, l'ARH a incité les établissements de santé publics et privés à organiser la complémentarité de leurs activités (Châteaubriant, Fontenay-le-Comte, Les Sables d'Olonne…), l'activité chirurgicale relevant le plus souvent essentiellement des établissements privés.

Ce mouvement de restructuration a été d'ampleur variable selon les départements, la Loire-Atlantique étant le département qui a connu les restructurations les plus importantes (trois pôles de santé privés et mutualistes neufs se sont créés dans l'agglomération nantaise depuis 1993).

De l'accréditation à la certification (1999-…)

Les ordonnances de 1996 ont introduit l'obligation pour les établissements de santé de s'inscrire dans une démarche d'accréditation. « *L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des professionnels, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients … Elle s'inscrit dans un double courant international prônant, d'une part une démarche professionnelle de promotion de l'amélioration continue de la qualité, fondée sur un référentiel de métier et sur une évaluation externe par les pairs, et, d'autre part, l'appréciation du niveau de qualité atteint dans un contexte de renforcement de l'obligation de rendre compte au public de la qualité des services rendus* ».

L'élaboration du référentiel métier, la conception et la conduite de la procédure d'accréditation ont été confiées à l'Agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation en santé (ANAES), qui a été intégrée au sein de la Haute autorité de la santé (HAS).

La première procédure d'accréditation a été lancée en juin 1999. Une nouvelle procédure est mise en œuvre depuis la fin 2004 qui vise notamment à renforcer l'appréciation de la qualité du service médical rendu, à améliorer les outils de mesure de la qualité, à simplifier la procédure d'accréditation, et à améliorer la lisibilité des résultats.

* L'hôpital public en France : bilan et perspectives, E. Molinié, Les éditions des Journaux officiels, juin 2005 - 263 p. - (Coll. « Avis et Rapports du Conseil économique et social »)

Suite à la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le code de la santé publique ne fait plus référence à l'accréditation mais à la « certification » des établissements de santé.

Aménagement et réduction du temps de travail (2000-2004)

La réforme sur l'aménagement et la réduction du temps de travail a été entreprise dans les établissements de santé comme dans les autres secteurs d'activité. Son impact a été particulièrement important dans le secteur de la santé, dans la mesure où elle a nécessité une remise à plat complète des horaires de travail.

Les lois Aubry 1 et 2 ont concerné en premier lieu uniquement le secteur privé (à partir de 2000), l'obligation de créations d'emplois prévue par la loi Aubry, dans la proportion de 6 % pour les accords dits « offensifs », ayant été respectée. *

Dans les établissements publics de santé, l'aménagement et la réduction du temps de travail, n'a débuté qu'en janvier 2002, et a concerné dans un premier temps uniquement les personnels non médicaux. Les créations d'emplois se sont étalées sur trois ans, jusqu'en 2004 (correspondant à 45 000 postes de personnels non médicaux prévus pour l'ensemble de la France).

La réduction du temps de travail pour les praticiens, plus complexe à mettre en œuvre, notamment en raison des gardes et des astreintes, n'a été envisagée que dans un deuxième temps.

Réforme de la tarification (2004-….)

Une nouvelle réforme entre en vigueur actuellement, qui est susceptible de faire évoluer en profondeur les méthodes de gestion des établissements de santé. La « tarification à l'activité » (T2A) vise à harmoniser les systèmes de tarification des établissements de santé publics et privés, et à offrir une plus grande équité de traitement entre les établissements, à responsabiliser les acteurs de santé et les gestionnaires, et à améliorer la connaissance du coût des soins.

Avant la réforme, les établissements de santé étaient soumis à deux systèmes de tarification profondément différents, la dotation globale pour les établissements du secteur public (établissement public et établissement privé participant au service public hospitalier), et la tarification par prix de journée pour les cliniques privées à caractère commercial.

* La réduction du temps de travail dans les établissements privés sanitaires, médico-sociaux et sociaux : les 35 heures à l'épreuve du passage, B. Segrestin, D. Tonneau, « Document de Travail. Série Etudes », n° 20, octobre 2001 - DREES - 73 p.

Avec la T2A, les ressources des établissements de santé dépendent maintenant de quatre paramètres différents :

- la tarification par Groupes homogènes de séjours (GHS), qui représente l'essentiel de leurs recettes,
- les prestations tarifées sur un mode forfaitaire (consultations externes, passages aux urgences, prélèvements d'organes, hospitalisations à domicile),
- les médicaments coûteux et certains dispositifs médicaux implantables, qui font l'objet d'une facturation spécifique,
- la mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Cette réforme, qui ne concerne dans un premier temps que l'activité médecine-chirurgie-obstétrique, s'appuie principalement sur le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information), chaque séjour étant remboursé par l'assurance maladie en fonction du tarif de référence national du GHS dans lequel le séjour a été classé. Un certain nombre d'ajustements ont cependant été introduits pour prendre en compte les particularités des séjours extrêmes, dont la durée est inférieure ou supérieure à certaines bornes.
Par ailleurs, les tarifs de référence par GHS des établissements publics et privés sont différents, les tarifs du secteur public incluant les honoraires médicaux (ce qui n'est pas le cas dans les cliniques privées).

La MIGAC est une enveloppe globale destinée à couvrir les dépenses qui ne rentrent pas dans le champ de la tarification à l'activité : la MIGAC concerne en particulier l'enseignement et la recherche, l'innovation, le SAMU, les centres de formation, le centre anti-poison, les équipes mobiles de soins palliatifs, l'accompagnement des contrats d'objectifs et de moyens. Son montant est déterminé contractuellement par l'ARH.

Pour les établissements privés à caractère commercial, la mutation vers la T2A s'est opérée globalement en 2005, les honoraires des praticiens libéraux restant en dehors de cette réforme tarifaire. A partir de septembre 2005, la tarification des actes médicaux dépend par ailleurs d'une nouvelle nomenclature, la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Pour les établissements du secteur public, la mise en œuvre est progressive. En 2004, 10 % des ressources des établissements sont liés à leur activité. Cette part atteint 25% en 2005 et doit augmenter chaque année de manière à faire converger les systèmes de tarification des établissements publics et privés d'ici 2013. Pour effectuer la montée en charge progressive du nouveau système de tarification, la facturation des séjours ne doit débuter dans les établissements publics qu'en 2006.

CHAPITRE II - L'EMPLOI NON MEDICAL : LA CROISSANCE DES EFFECTIFS SE POURSUIT

II-1 - La situation de l'emploi au 1er janvier 2004

167 établissements de santé publics et privés dans les Pays de la Loire au 1er janvier 2004

Au 1er janvier 2004, on dénombre 167 établissements de santé publics et privés dans les Pays de la Loire, contre 193 en 1999, écart qui illustre l'importance des regroupements d'activités intervenus dans une période aussi courte.

64 établissements publics

Le code de la santé publique reconnaît trois types d'établissements publics :

- les 2 CHU (centres hospitaliers universitaires) de Nantes et Angers, où sont installés les facultés de médecine,
- 25 centres hospitaliers (CH), y compris les cinq centres hospitaliers spécialisés (CHS) en psychiatrie de Montbert (44), Blain (44), Ste Gemmes-sur-Loire (49), Allonnes (72), et la Roche-sur-Yon (85). Le CHS de Mayenne est maintenant rattaché au centre hospitalier de Mayenne,
- 35 hôpitaux locaux (HL).

103 établissements de santé privés

Les établissements de santé privés constituent un groupe hétérogène avec d'une part, 53 établissements à but non lucratif, ayant en général le même mode de tarification que les établissements publics, et d'autre part, 49 établissements privés à caractère commercial, constitués en société.

Les établissements à but non lucratif regroupent des sociétés mutualistes (cliniques mutualistes chirurgicales, centres de convalescence mutualistes, centre national gériatrique), des associations loi 1901 (foyers thérapeutiques, pouponnières, centre régional de lutte contre le cancer), et des fondations (établissements de cure…).

Dans les établissements à caractère commercial, soit le capital est détenu par les praticiens exerçant dans l'établissement, soit ces établissements dépendent de groupes privés.

Répartition des établissements de santé des Pays de la Loire par département, au 01-01-2004 *

	Etablissements publics					Etablissements privés			Total
	CHU	CH	HL	Autres	**Total public**	Lucratif	Non lucratif	**Total privé**	
Loire-Atlantique	1	7	9	1	**18**	19	21	**40**	**58**
Maine-et-Loire	1	3	10		**14**	14	15	**29**	**43**
Mayenne		3	4	1	**8**	5	1	**6**	**14**
Sarthe		7	5		**12**	7	7	**14**	**26**
Vendée		5	7		**12**	4	10	**14**	**26**
TOTAL	2	25	35	2	**64**	49	54	**103**	**167**

Source : SAE 2003-DREES

** il s'agit de la situation au 01/01/2004.*

Environ 53 000 salariés dans les établissements de santé au 1er janvier 2004

(ce dénombrement ne concerne pas les personnels médicaux)

Méthodologie

Le recensement de l'emploi dans les établissements de santé a été effectué à partir des données de l'enquête SAE (Statistique Annuelle des Etablissements) de la DREES, au 31 décembre 2003, enquête réalisée par la DRASS et la Caisse régionale d'assurance maladie.

Les tableaux présentés ci-dessous concernent l'ensemble des salariés des établissements de santé, non compris les personnes exerçant une profession médicale. Dans l'enquête SAE et donc dans cette étude, les sages-femmes, bien qu'exerçant une profession médicale, ont été classées avec l'ensemble du personnel soignant.

Au 1er janvier 2004, les établissements de santé des Pays de la Loire emploient 52 187 personnes salariées non-médecins.

Si l'on rapporte cet effectif au nombre total d'emplois (estimations d'emplois au lieu de travail au 31/12/2003 réalisées par l'Insee), cela représente 3,8 % de l'emploi total et 4,2 % de l'emploi salarié de la région au 1er janvier 2004. Ces proportions sont légèrement plus faibles qu'au plan national où elles atteignent respectivement 4,1 % et 4,5 %.

Il faut rajouter à ces 52 187 actifs, 1 030 actifs en contrat d'emploi aidé, recensés dans le secteur public et privé non lucratif PSPH (Contrats Emploi Solidarité, Contrats Emploi Consolidé, Emplois Jeunes). Au total, on dénombre 53 217 salariés dans les établissements de santé publics et privés de la région.

Près de quatre actifs sur cinq dans les établissements publics

(Analyse effectuée sur le nombre d'actifs)

Les établissements privés sont plus nombreux que les établissements publics mais ils sont, en général, de taille beaucoup plus modeste. Parmi les 52 187 actifs salariés des établissements de santé de la région, 78 % exercent dans les hôpitaux publics, 13 % dans les "cliniques" et 9 % dans le secteur dit "non lucratif".

Il y a une forte concentration du personnel, 27 établissements publics emploient ainsi à eux seuls 70 % du total des actifs de la région : les deux CHU de Nantes et Angers (23 %), les vingt-cinq centres hospitaliers (47 %).

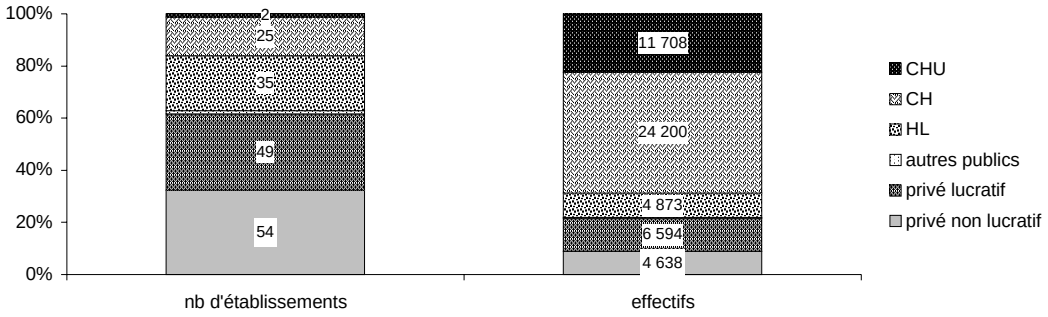
Répartition du personnel hospitalier non-médecin salarié* par catégorie d'établissement, dans les Pays de la Loire, au 01-01-2004

	Secteur public					Secteur privé			Secteurs
	CHU	CH	HL	Autres	Total public	Lucratif	Non lucratif	Total privé	public et privé
Personnel non médical *									
Effectif total	11 708	24 200	4 873	174	40 955	6 594	4 638	11 232	52 187
dont temps partiel	3 227	6 520	1 705	37	11 489	1 951	2 151	4 102	15 591
ETP total	10 781	22 386	4 346	160	37 673	5 797	3 751	9 548	47 221

Source : SAE 2003-DREES

** non compris les emplois aidés*

Répartition des établissements de santé selon leur catégorie et selon le nombre d'actifs non-médecins* employés dans les Pays de la Loire au 01-01-2004



30 % des actifs exercent à temps partiel

(Analyse effectuée sur le nombre d'actifs)

Le recours au temps partiel est très fréquent et concerne 30 % des actifs salariés en 2004 : c'est dans le secteur privé "non lucratif" que le mode d'exercice à temps partiel est le plus fréquent (46 % des actifs). Les hôpitaux locaux sont également plus concernés que les autres catégories d'établissements (35 %).

Part des actifs non-médecins* salariés à temps partiel selon les catégories d'établissements de santé, dans la région, au 01-01-2004

Catégories d'établissements	% d'actifs à temps partiel
CHU	28%
CH	27%
HL	35%
Total public	28%
Lucratifs	30%
Non lucratifs	46%
Total privé	37%
Total public et privé	30%

Source : SAE 2003 - DREES
** non compris les emplois aidés*

La proportion d'actifs employés à temps partiel varie également selon le type d'emploi exercé.

Pour les infirmiers, les aides-soignants, le personnel médico-technique et le personnel administratif et de direction, la proportion de temps partiel est comparable (un emploi sur 3 environ).
La proportion de temps partiel est plus élevée pour les "autres personnels des services de soins" (53 %) et le personnel éducatif et social (41 %). Elle est plus faible parmi les agents des services hospitaliers (26 %) et le personnel technique (16 %).

La moitié des salariés occupe un emploi de niveau V

(Analyse effectuée sur le nombre d'actifs)

Les emplois d'aides-soignants, d'agents des services hospitaliers ou des services techniques (essentiellement le personnel des services intérieurs et les ouvriers) sont occupés par des personnes possédant un diplôme de niveau V (CAP, BEP), ou inférieur.

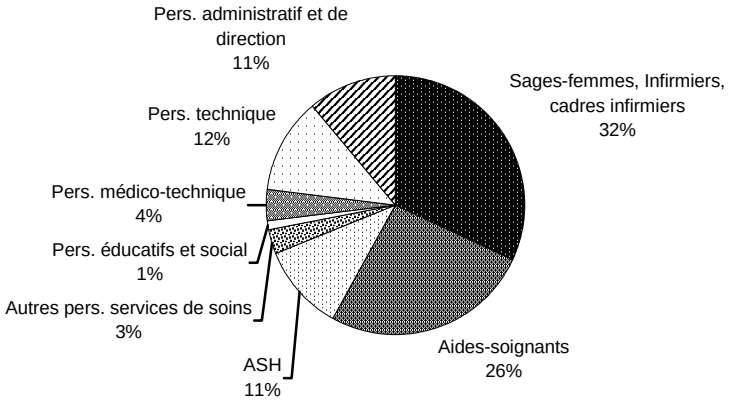
Dans les établissements de santé des Pays de la Loire, 49 % des actifs exercent un emploi de ce type au 1er janvier 2004.
En ce qui concerne les autres catégories d'emplois, une partie d'entre eux est également de niveau V, en particulier parmi le personnel administratif.
Au total, environ la moitié des salariés des établissements de santé exerce un emploi de niveau V.

Le personnel des services de soins représente 72 % des actifs

(Analyse effectuée sur le nombre d'actifs)

Dans la région, le personnel des services de soins représente 72 % des actifs, toutes catégories d'emplois exercés confondues : sages-femmes, infirmiers, et encadrement du personnel soignant (32 %), aides-soignants (26 %), et agents de services hospitaliers (11 %).

Répartition des actifs non-médecins selon la catégorie d'emploi exercé dans les établissements de santé dans les Pays de la Loire au 01-01-2004



Source : SAE 2003-DREES
** non compris les emplois aidés*

Le personnel de direction et administratif représente 11 % des actifs, et le personnel médico-technique (personnel des services de laboratoires, de pharmacie, de radiologie), 4 %. Enfin, le personnel technique (essentiellement le personnel des services intérieurs et les ouvriers), représente 12 % des actifs.

Ces proportions sont équivalentes si on raisonne non plus en terme de nombre d'actifs mais en terme d'équivalent temps plein (ETP).

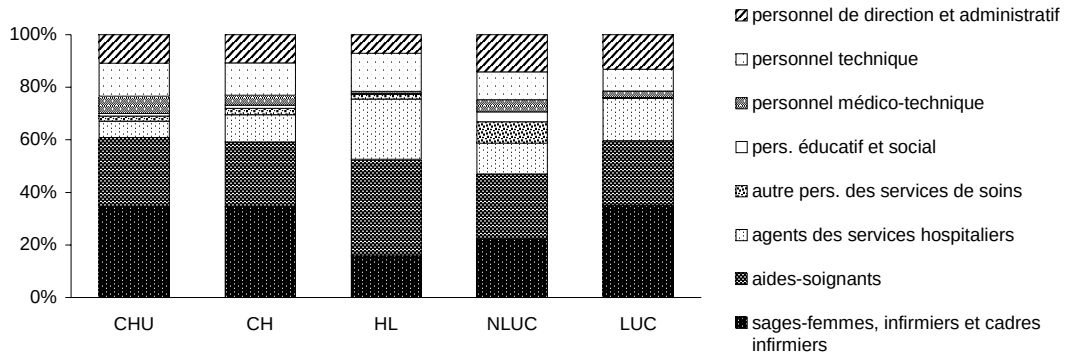
La structure des emplois est variable selon la catégorie d'établissements. La proportion d'infirmiers (y compris sages-femmes et cadres infirmiers) atteint ainsi 35 % dans les centres hospitaliers universitaires, les centres hospitaliers et les établissements privés lucratifs (en ETP), contre 16 % seulement dans les hôpitaux locaux, ce qui s'explique par l'importance de l'activité d'hébergement dans ce type de structure.
Les aides-soignants ainsi que les agents des services hospitaliers sont proportionnellement plus représentés dans les hôpitaux locaux que dans les autres établissements de santé (respectivement 37 % et 23 %)

Répartition du nombre d'actifs non médecins* et des équivalents temps plein par catégorie de personnel, dans l'ensemble des établissements de santé des Pays de la Loire, au 01-01-2004

Catégories de personnels	effectif d'actifs employés	dont effectif à temps partiel	équivalents temps plein
Personnel des services de soins	37 634	11 745	33 987,0
cadres, sages-femmes	*2 078*	*388*	*1 955,2*
infirmiers	*14 447*	*4 662*	*13 114,2*
aides-soignants	*13 558*	*4314*	*12 281,8*
agents de services hospitaliers (ASH)	*5 989*	*1557*	*5 444,2*
autres	*1 562*	*824*	*1 191,6*
Personnel éducatif et social	630	259	539,2
Personnel technique	6 037	976	5 611,1
Personnel de direction et administratif	5 793	1 950	5 176,9
Personnel médico-technique	2 093	661	1 906,7
Total personnel non médical	52 187	15 591	47 220,8

Source : SAE 2003-DREES
** non compris les emplois aidés*

Répartition des emplois non médicaux* (ETP) par catégorie de personnel selon le type d'établissement de santé, pour la région des Pays de la Loire, au 01-01-2004



Source : SAE 2003-DREES
** non compris les emplois aidés*

Dans les établissements publics, 11 % d'actifs non titulaires
(Analyse effectuée sur le nombre d'actifs)

Au 1er janvier 2004, les établissements publics de santé emploient 4 574 contractuels ou non titulaires, soit 11 % des effectifs.
Chez les aides-soignants, les infirmiers, le personnel médico-technique et le personnel technique, la proportion de non titulaires est inférieure à 10 %. Elle atteint 16 % pour le personnel de direction et administratif, 16 % également pour le personnel technique et 22 % chez les agents des services hospitaliers (ASH).
La proportion de contractuels est beaucoup plus importante dans la catégorie "autre personnel du service de soins" (39 %).

Aux 4 574 agents contractuels, il est nécessaire d'ajouter les 945 personnes en contrat d'emploi aidé (Contrat Emploi Solidarité, 50 %, Contrat Emploi Consolidé, 26 %, Contrat Emploi Jeune, 22 %) des établissements publics.

Proportion d'actifs employés contractuels* dans les établissements publics de santé, dans les Pays de la Loire, au 01-01-2004

Catégories de personnels	% de non titulaires
Infirmiers, cadres infirmiers, sages-femmes	6%
Aides-soignants	6%
ASH	22%
Autre personnel des services de soins	39%
Personnel éducatif et social	21%
Personnel direction et administratif	16%
Personnel médico-technique	11%
Personnel technique	16%
Total personnel non médical	11%

Source : SAE 2003-DREES
** non compris les emplois aidés*

II-2 - Une progression de l'emploi comparable à celle observée dans le secteur des services

Le nombre d'actifs employés a augmenté de 2 % par an entre 1997 et 2004
(Analyse effectuée sur le nombre d'actifs)

Le nombre d'actifs non-médecins salariés exerçant dans les hôpitaux de la région des Pays de la Loire (hors emplois aidés) est passé de 45 375 à 52 187 entre 1997 et 2004, soit une augmentation de 2,0 % en moyenne chaque année.

Cette augmentation a été plus soutenue dans la région (+ 2,0 %) qu'au plan national (+1,2 % par an).

Elle est plus forte que lors de la période précédente 1992-1997 (+1,2 % en moyenne chaque année), en partie vraisemblablement suite à la mise en place des 35 heures.

Cette évolution est toutefois à rapprocher de la baisse du nombre d'emplois aidés (1 030 emplois en 2004 contre 1 957 en 1997). Si l'on prend en compte cette catégorie d'emplois, la progression globale est en réalité plus réduite dans la région (+1,7 % par an entre 1997 et 2004).

A titre de comparaison, l'évolution entre 1999 et 2004 des effectifs employés dans l'ensemble de l'économie des Pays de la Loire a été de 1,6 % pour l'emploi total. Cette progression est cependant très différente selon les secteurs économiques, avec des créations dans les secteurs « commerces », « services » et « construction », et une baisse de l'emploi dans l'agriculture. Pour l'ensemble du secteur « services », auquel sont rattachées les activités hospitalières, l'emploi total a progressé de 2,0 % par an entre 1999 et 2004, et l'emploi salarié de 2,2 % par an.
Les effectifs du personnel non médical salarié des établissements de santé ont donc connu une évolution comparable à celle de l'ensemble des emplois du secteur « services ».

Taux de croissance annuel moyen de l'emploi entre 1997 et 2004

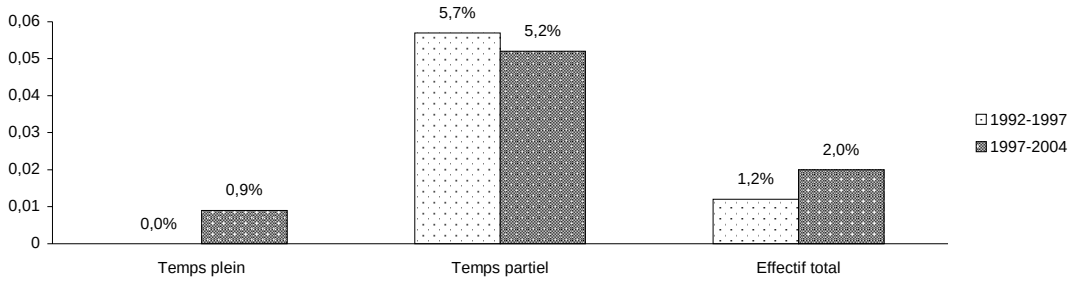
	Ensemble de l'économie 1999/2004		Services 1999/2004		Personnel non médical des établissements de santé* 1997/2004
	total	salariés	total	salariés	(nb d'actifs salariés)
Pays de la Loire	+1,6 %	+1,8 %	+2,0 %	+2,2 %	+2,0 %
France métropolitaine	+1,3 %	+1,5 %	+1,9 %	+2,0 %	+1,2 %

*Sources : Estimations d'emplois au 31/12/1998 et 2003**-Insee ; enquêtes SAE1996 et 2003 - DREES*
** non compris les emplois aidés*
*** les estimations d'emplois au 31/12/2003, basées sur le recensement de la population de 1999 ne sont pas comparables aux estimations d'emplois au 31/12/1996 (basées sur le RP de 1990)*

On observe une forte progression des temps partiels…
(Analyse effectuée sur le nombre d'actifs)

L'emploi à temps partiel progresse de 5,2 % en moyenne annuelle contre 0,9 % pour l'emploi à temps complet. Cette situation s'observait déjà au cours de la période 1992-1997. La part des actifs à temps partiel est ainsi passée de 21 % en 1992, à 24 % en 1997 et à 30 % en 2004.

Taux de croissance annuel moyen (en %) du nombre d'actifs non-médecins*
des établissements de santé des Pays de la Loire, entre 1992 et 2004



Sources : enquêtes SAE1996 et 2003, H80 et EHP1991 - DREES
** non compris les emplois aidés*

… équivalente dans les établissements publics et privés

La proportion d'actifs à temps partiel variant selon la catégorie d'établissement, il est préférable de comparer l'évolution de l'emploi dans le secteur public et dans le secteur privé à partir du nombre d'équivalent temps plein (ETP). Il n'est, par contre, pas possible de mener cette comparaison par catégorie d'établissement plus détaillée dans la mesure où de nombreuses fusions sont intervenues au cours de la période d'étude et ont modifié le poids respectif des différentes catégories d'établissements.

Mesurée en équivalent temps plein, l'augmentation moyenne annuelle de l'emploi (ETP) entre 1997 et 2004 a été équivalente dans les établissements publics de santé (+1,8 %), et dans les établissements privés (+1,9 %).

Le nombre d'infirmiers et d'aides-soignants a progressé au même rythme qu'au début des années 90

Les emplois d'infirmiers* sont, avec les emplois d'aides-soignants, les plus représentés dans les établissements de santé, respectivement 32 % et 26 % des actifs en 2004.
Entre 1997 et 2004, le nombre d'infirmiers (y compris cadres infirmiers et sages-femmes) a augmenté plus vite en moyenne annuelle (2,4 %), que le nombre d'aides-soignants (2,0 %). Ces évolutions sont comparables à celles observées au cours de la période 1992-1997 (respectivement +2,6 % et +2,0 % par an).

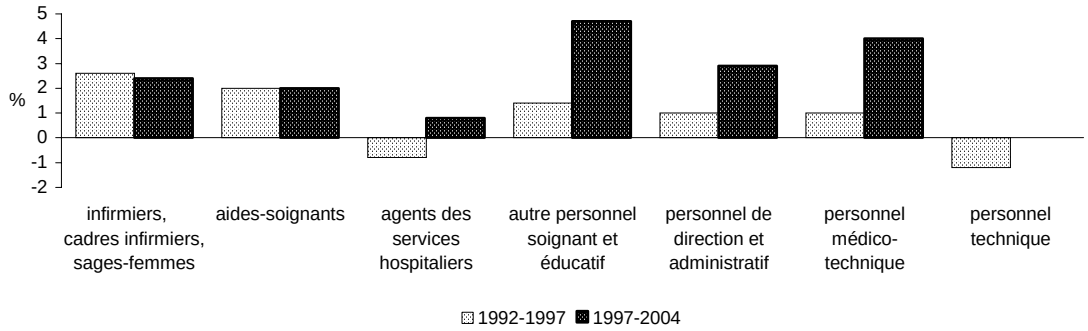
Pour le personnel de direction et administratif (11 % des actifs en 2004), l'évolution du nombre d'actifs entre 1997 et 2004 a atteint +2,9 % en moyenne chaque année. Cette évolution est beaucoup plus favorable que celle observée entre 1992 et 1997 (+1,0 % par an).
Enfin, pour les agents de services hospitaliers (ASH, 11 % des actifs en 2004) et le personnel des services techniques (12 %), l'évolution entre 1997 et 2004 a été beaucoup plus modérée que pour les autres catégories de personnel. Le nombre d'ASH a progressé de +0,8 % en moyenne chaque année alors que le nombre d'actifs travaillant dans les services techniques est resté stable. Ces évolutions sont toutefois plus favorables que celles observées entre 1992 et 1997 (respectivement -0,8 % , - 1,2 % par an).

Evolution des effectifs du personnel non médical* en 1992, 1997 et 2004 dans les établissements de santé des Pays de la Loire

	1992		1997		2004	
	effectif	ETP	effectif	ETP	effectif	ETP
Personnel des services de soins	29 859	27 592	32 544	29 720	37 634	33 987
Infirmiers, cadres infirmiers, sages-femmes	*12 321*	*11 359*	*13 998*	*12 798*	*16 525*	*15 069*
Aides-soignants	*10 660*	*9 918*	*11 768*	*10 772*	*13 558*	*12 282*
Agents de services hospitaliers (ASH)	*5 889*	*5 487*	*5 659*	*5 275*	*5 989*	*5 444*
Autres personnel des services de soins	*989*	*829*	*1 119*	*875*	*1 562*	*1 192*
Personnel éducatif et social	495	439	*471*	404	630	539
Personnel technique	6 411	6 064	6 026	5 664	6 037	5 611
Personnel de direction et administratif	4 505	4 104	4 740	4 286	5 793	5 177
Personnel médico-technique	1 517	1 411	1 594	1 458	2 093	1 907
Total	42 787	39 609	45 375	41 531	52 187	47 221

Sources : enquêtes SAE 1996 et 2003, H80 et EHP 1991- DREES
** non compris les emplois aidés*

Taux d'évolution annuel moyen du nombre d'actifs non-médecins*
pour l'ensemble des établissements de santé de la région entre 1992-1997 et 1997-2004



Sources : enquêtes SAE 1991, 1996 et 2003, H80 et EHP 1991 - DREES
** non compris les emplois aidés*

Les établissements publics de santé font de plus en plus appel à des personnels contractuels

(Analyse effectuée sur le nombre d'actifs)

Au 1er janvier 2004, 11 % des actifs sont contractuels ou non titulaires d'un emploi permanent dans les établissements publics de santé.

Entre 1997 et 2004, parmi les 5 130 actifs supplémentaires du secteur public, 40 % sont des contractuels, leur effectif ayant progressé de 9,0 % par an. Cette tendance s'est accélérée par rapport au début des années 90, le taux d'augmentation entre 1997 et 2004 est, en effet, deux fois plus élevé qu'entre 1992 et 1997 (+4,3 % par an).

La part des actifs contractuels ou non titulaires d'un emploi permanent dans les établissements de santé publics est ainsi passée de 6 % en 1992, à 7 % en 1997 puis à 11 % en 2004.

Cette augmentation est à rapprocher de la diminution du nombre d'emplois aidés (945 emplois en 2004 contre 1 865 actifs en 1997).

CHAPITRE III - LES PROFESSIONS MEDICALES DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

III-1 - La situation au 1er janvier 2004

Dénombrement des médecins, odontologistes, pharmaciens et biologistes

Bien que les sages-femmes soient considérées comme une profession médicale, elles sont classées, dans l'enquête SAE et donc dans cette étude, avec les personnels non médicaux.

Dans les établissements publics et privés non lucratifs, les médecins exercent en tant que salariés alors que dans les cliniques privées, ils sont essentiellement libéraux. Le dénombrement des effectifs médicaux dans les établissements de santé effectué dans ce document porte uniquement sur les praticiens exerçant dans les établissements de santé publics et privés non lucratifs.

Les praticiens salariés exercent dans ces établissements selon différents statuts :
- praticien hospitalo-universitaire (ayant une activité d'enseignement, de recherche et de soins)
- praticien hospitalier titulaire de statut « plein temps » ou « temps partiel »
- praticien non titulaire (assistants, attachés, contractuels…).

Dans l'enquête SAE 2003, les effectifs de praticiens sont dénombrés selon leur temps de travail et non selon leur statut.

• **Font partie du personnel médical à temps plein,** les médecins qui exercent à temps plein quel que soit leur statut. Par exemple, un médecin attaché qui effectue 10 vacations figure comme temps plein (une vacation correspondant à une demi-journée de travail).
Les praticiens hospitalo-universitaires font également partie de l'effectif temps plein, avec toutefois un **ETP** de 0,5 par convention, correspondant au temps théorique de leur activité consacré aux soins.

Il faut tenir compte également du nombre d'internes, qui, tout en poursuivant leur formation, ont une activité de soins à part entière. Par convention, on considère dans cette étude qu'ils exercent à temps plein.

• **L'effectif du personnel médical à temps partiel** recense les praticiens qui travaillent à temps partiel, quel que soit leur statut (y compris les praticiens de statut « plein temps », exerçant à temps partiel). **L'équivalent temps plein** (ETP) est calculé au prorata du taux de rémunération. Une personne travaillant 0,80 temps plein mais bénéficiant d'une rémunération de 0,86 temps plein sera comptée 0,86.

Dans les établissements publics et privés non lucratifs : 2 200 praticiens hospitaliers salariés à temps plein et 1 700 à temps partiel

Au 1er janvier 2004, on dénombre 2 222 praticiens (médecins, biologistes, odontologistes, pharmaciens), salariés des établissements de santé publics ou privés non lucratifs exerçant à temps plein, et 1 731 salariés exerçant à temps partiel. Parmi eux, on dénombre 246 praticiens hospitalo-universitaires.

Si l'on considère l'ensemble des praticiens exerçant dans les hôpitaux publics ou privés non lucratifs, cela correspond à un effectif global de 2 599 équivalents temps plein.

Enfin, on dénombre 837 internes.

Effectif de praticiens hospitaliers salariés dans les établissements de santé publics et privés non lucratifs des Pays de la Loire, au 01-01-2004

	Nombre d'actifs exerçant à		ETP total
	temps plein	temps partiel	
PRATICIENS HOSPITALIERS			
pharmaciens	74	90	116,1
odontologistes	12	49	26,6
médecins et biologistes	2 136	1 612	2 456,7
Total	2 222	1 751	2 599,4
INTERNES	837	-	837,0

Source : SAE 2003-DREES

92 % des emplois médicaux (en équivalent temps plein) et 95 % des internes exercent dans les établissements publics de santé.

Dans les établissements publics, l'importance de l'emploi médical par rapport à l'emploi non médical varie selon la catégorie d'établissement. Le rapport (en ETP) entre les praticiens hospitaliers et le personnel soignant est ainsi de 8,2 % dans les CHU, de 6,4 % dans les centres hospitaliers, et de 1,1 % dans les hôpitaux locaux (où les praticiens exercent à titre libéral).

De même le rapport entre le nombre d'internes et l'équivalent temps plein du personnel non médical est de 4,3 % dans les CHU et de 1,5 % dans les centres hospitaliers.

Effectif de praticiens hospitaliers salariés dans les établissements de santé publics, par catégorie d'établissement dans les Pays de la Loire, au 01-01-2004

	CHU	CH	HL	Autres	Total public
PRATICIENS HOSPITALIERS					
Effectifs à temps plein	893	1 180	14	4	2 091
Effectifs à temps partiel	652	742	83	6	1 483
ETP total	885	1 443	50	5	2 382
INTERNES	463	335	0	0	798

Source : SAE 2003-DREES

III-2 - La progression des effectifs ralentit

Evolution du dénombrement des médecins, odontologistes, pharmaciens et biologistes
L'évolution des effectifs médicaux dans les établissements de santé porte uniquement sur les établissements publics de santé.

Dans les établissements publics de santé, le nombre de praticiens hospitaliers salariés exerçant à temps plein ou à temps partiel est passé de 3 203 en 1997 à 3 574 en 2004.
Cela correspond à une progression du nombre de praticiens hospitaliers (ETP) de 1,4 % par an entre 1997 et 2004. Cette augmentation a été plus forte que celle observée au plan national (+1,1%), mais elle est plus faible que lors de la période précédente 1992-1997 (+3,4 % par an).

Le nombre d'internes a légèrement diminué, passant de 810 en 1997 à 798 en 2004, mais cette baisse est moindre que celle observée les années précédentes (933 en 1992 ; 810 en 1997).

Evolution des effectifs de praticiens hospitaliers salariés dans les établissements de santé publics des Pays de la Loire en 1992, 1997 et 2004

	1992	1997	2004
PRATICIENS HOSPITALIERS			
Effectif total	2 858	3 203	3 574
ETP total	1 829	2 167	2 382
INTERNES	933	810	798

Sources : enquêtes SAE 1991, 1996 et 2003 - DREES

DEUXIEME PARTIE

L'emploi dans les établissements sociaux et médico-sociaux

SOMMAIRE

Introduction

Chapitre I - Les établissements et services médico-sociaux

Chapitre II - Les établissements pour personnes âgées

INTRODUCTION

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux

> *« Les établissements et services sociaux et médico-sociaux délivrent des prestations à domicile, en milieu ordinaire, en accueil familial ou dans une structure de prise en charge. Ils assurent l'accueil à titre permanent, temporaire ou selon un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, en internat, semi-internat ou externat » (article L.312-1, article 15 de la loi du 2 janvier 2002).*

La création, la transformation ou l'extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux sont soumises à un régime d'autorisation, qui dépend du conseil général, du représentant de l'Etat, ou conjointement de ces deux autorités administratives.

Les autorisations de fonctionner sont prises après avis du Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS), et parfois de la section sociale du comité national de l'organisation sanitaire et sociale (CNOSS).

Des schémas médico-sociaux sont arrêtés au plan départemental pour encadrer le développement de ces activités. Ils sont élaborés sous la responsabilité du président du conseil général (financement conseil général) ou du Préfet (financement Etat/assurance maladie), selon les cas.

Ces structures sont financées par l'Etat (ministère chargé des affaires sociales, et du travail), de l'assurance maladie, ou du conseil général.

Le champ gérontologique est maintenant sous la responsabilité du conseil général, qui élabore le schéma correspondant. Dans le champ du handicap, les responsabilités restent partagées entre l'Etat et le conseil général.

CHAPITRE I - LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX

I-1 - L'environnement général

Les équipements pour personnes handicapées et de réadaptation sociale se distinguent selon l'âge des publics accueillis (enfants ou adultes) et la nature des prestations qui leur sont délivrées.

ENFANTS	- établissements et services pour enfants et jeunes handicapés - établissements de la protection de l'enfance
ADULTES	- établissements pour adultes handicapés - établissements de travail protégé - établissements d'hébergement et de réadaptation sociale

Equipements pour enfants

■ *Etablissements et services pour enfants handicapés*

Les établissements et services pour enfants handicapés accueillent, à la journée ou en internat, des jeunes souffrant de déficiences intellectuelles plus ou moins importantes, et des jeunes ayant des troubles sensoriels ou moteurs (établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients intellectuels, établissements pour enfants polyhandicapés, instituts de rééducation, établissements d'éducation spéciale pour enfants déficients moteurs, instituts d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences visuelles ou auditives).

Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) dispensent un accompagnement éducatif et des soins au domicile familial de jeunes handicapés et dans les établissements scolaires ordinaires.

La plupart de ces structures ont été créées à l'initiative d'associations de parents d'enfants handicapés (ADAPEI, APF, APAJH, ...), les établissements publics étant peu nombreux. Leur budget est financé par l'assurance maladie, la tarification dépendant du préfet du département où est implanté l'établissement (DDASS).

L'admission des jeunes est prononcée par la CDES (Commission départementale d'éducation spéciale).

Depuis vingt ans, la priorité reste la scolarisation des jeunes en milieu ordinaire et un certain nombre de structures médico-éducatives proposent des aides aux jeunes handicapés pour un accompagnement en milieu scolaire, soit à temps plein, soit à temps partiel, avec notamment l'aide des SESSAD.

Etablissements de la protection de l'enfance

Les établissements de la protection de l'enfance accueillent des jeunes placés à la suite d'une décision administrative (du président du conseil général) négociée avec la famille, ou judiciaire (juge des enfants).

Les placements prononcés par le juge des enfants concernent soit des enfants ou des jeunes retirés à leur famille parce que leur maintien dans la structure familiale peut leur être préjudiciable, soit parce qu'ils sont auteurs d'un délit. Les tribunaux pour enfants ont, en effet, une double compétence pour traiter aussi bien les problèmes d'enfance "maltraitée ou en danger" que les questions pénales concernant les mineurs auteurs de délits.

La plupart de ces structures accueillent ces jeunes en internat, ceux-ci étant scolarisés en milieu ordinaire. Il existe également des services dits "de milieu ouvert" qui interviennent en amont du placement pour assister les magistrats ou le conseil général dans le cadre d'une expertise sur la situation familiale ou afin de prévenir un placement.

Le secteur de la protection de l'enfance est de la responsabilité des conseils généraux qui financent ces établissements, avec également une participation financière de l'Etat (établissements de la protection judiciaire de la jeunesse).

Equipements pour adultes

Etablissements de travail protégé

On distingue deux types de structures d'accueil protégé, les centres d'aides par le travail et les ateliers protégés, qui participent à l'insertion professionnelle des personnes reconnues travailleurs handicapés par la COTOREP.

Les centres d'aide par le travail sont des établissements sociaux dont l'essentiel des ressources proviennent d'aides de l'Etat, les "salaires" des travailleurs handicapés étant couverts par l'activité de production.

Les ateliers protégés sont des entreprises et sont soumis à ce titre aux règles de l'économie de marché. Les personnes handicapées qui y travaillent ont un statut de salarié (code du travail), ce qui n'est pas le cas pour les CAT. Ces structures reçoivent toutefois des aides de l'Etat pour compenser la faible productivité de leurs employés au regard des critères du marché de l'emploi.

Le budget social des centres d'aide par le travail est fixé par la DDASS tandis que les aides aux ateliers protégés dépendent des directions du travail (DDTEFP).

Etablissements d'hébergement et/ou de soins

Les établissements pour adultes handicapés proposent soit un simple hébergement (foyer d'hébergement) pour des personnes ayant une activité professionnelle en secteur adapté, soit des activités occupationnelles à la journée (foyer occupationnel, foyer de vie), soit des prestations plus complètes d'hébergement et de soins (foyers d'accueil médicalisé et maison d'accueil spécialisée), pour des personnes dont l'autonomie est beaucoup plus réduite.

Le financement des foyers d'hébergement, des foyers de vie, et des foyers occupationnels dépend des conseils généraux. Pour les autres catégories d'établissements, leur financement est partagé entre l'assurance maladie et le conseil général.
L'admission est prononcée par la COTOREP.

Etablissements d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS)

Les structures de réadaptation sociale répondent aux besoins d'accueil de personnes en grande difficulté sociale qui ont rompu les liens sociaux habituels (travail, logement).

Un encadrement législatif en évolution

La gestion budgétaire, comptable et financière des établissements pour handicapés a été profondément modifiée par la loi du 2 janvier 2002 (et les décrets qui l'accompagnent). Cette loi a élargi le champ des établissements et services soumis à autorisation et a introduit des dispositions nouvelles en matière d'évaluation et de contrat de séjour signé entre la structure et la personne prise en charge.

Mais cette loi n'a pas modifié l'organisation générale du secteur dont le pilotage est partagé entre les différentes administrations publiques.

En revanche, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a instauré plusieurs dispositions nouvelles qui vont modifier dans les années à venir l'environnement général de ce champ d'activité.

La loi a tout d'abord prévu la création des « **maisons départementales des personnes handicapées » (MDPH),** qui visent à offrir un accès unique aux droits et prestations de compensation du handicap, et à toutes les possibilités d'appui dans l'accès à la formation, à l'emploi et à l'orientation vers des établissements et services. Plus généralement, la maison départementale des personnes handicapées exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap.

La MDPH aide la personne handicapée ou sa famille à formuler son projet de vie pour l'évaluation des besoins de compensation, avec l'aide d'une équipe pluridisciplinaire

créée dans ce but. En aval des décisions prises par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), la MDPH accompagne la mise en œuvre des décisions prises par la commission.

La MDPH est créée dans chaque département sous forme d'un Groupement d'intérêt public (GIP), dont le département assure la tutelle administrative et financière. En sont membres de droit le département, l'Etat et les organismes locaux d'assurance maladie et d'allocations familiales du régime général de sécurité sociale. Peuvent également en être membres les personnes représentant les organisations gestionnaires d'établissements ou de services pour personnes handicapées, ou participant au financement du fonds départemental de compensation du handicap. La MDPH est administrée par une commission exécutive, présidée par le président du conseil général. Ce dernier nomme le directeur de la maison départementale.

L'architecture **en matière d'orientation des personnes handicapées**, qui repose actuellement sur les CDES (pour les enfants), et sur la COTOREP (pour les adultes), va également être profondément modifiée par la réforme. La nouvelle commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) va reprendre les attributions des CDES et des COTOREP, mais ses modalités de fonctionnement ne sont pas encore connues.

Par ailleurs, la loi a instauré le **droit à la compensation du handicap**, mis en œuvre sous la responsabilité des conseils généraux, l'évaluation des besoins étant effectuée par une équipe pluridisciplinaire, à l'instar du dispositif mis en œuvre dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

I-2 - La situation de l'emploi au 1er janvier 2002 dans les établissements et services médico-sociaux

Les établissements des Pays de la Loire

Dans les Pays de la Loire, on recense plus de 600 établissements et services intervenant auprès des personnes handicapées, ou en réinsertion sociale. Ces équipements prennent en charge près de 12 000 enfants et plus de 16 000 adultes.

Les établissements et services qui ont connu le développement le plus important au cours des dix dernières années sont ceux qui accueillent des adultes handicapés.

Nombre d'établissements et places dans les établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées au 01-01-2004

	Nombre d'établissements		Nombre de lits et places	
		Sources		Sources
ETABLISSEMENTS POUR ENFANTS				
Etablissements et services pour enfants et jeunes handicapés*	97 (dont 62 établissements pour déficients mentaux)	*Statiss 2005 (hors Sessad, CAFS et foyer d'hébergement)*	7 922	*Statiss 2005 (yc SESSAD, CAFS et foyers d'hébergement)*
protection de l'enfance	81	*Finess juillet 2005*	3 257	*Statiss 2005*
ETABLISSEMENTS POUR ADULTES				
Etablissements d'hébergement et de soins pour adultes handicapés**	248 (dont 81 foyers d'hébergement et 120 foyers occupationnels)	*Statiss 2005 (hors Etab. expérimentaux)*	6 724	*Statiss 2005 (yc Etab. expérimentaux)*
Etablissements de travail protégé	83 CAT et 51 ateliers protégés	Statiss 2005	8 135	*Statiss 2005*
Etablissements d'hébergement et de réadaptation sociale	38	*Finess juillet 2005*	1 370	*Finess juillet 2005*

Sources : Drass (Statiss), Finess
** y compris SESSAD pour le nombre de places*
*** y compris Etab. et services de réinsertion professionnelle et Etab. expérimentaux*

11 900 actifs dans les établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées

On ne dispose pas pour ce champ d'activité, comme pour les établissements de santé, d'une enquête annuelle permettant de suivre l'évolution de l'emploi, par type d'établissements.
La dernière enquête (voir encadré) dont les résultats sont disponibles au plan régional a été effectuée par la DRASS au 31 décembre 2001. Les CAMPS (centre d'action médico-sociale précoce), les CMPP (centre médico-psycho-pédagogique), les établissements de protection de l'enfance, les établissements d'hébergement et de réadaptation sociale n'ont pas été enquêtés en 2001. Environ 500 structures médico-sociales pour personnes handicapées sont concernées par cette enquête.

Catégories d'établissements concernés par l'enquête ES, et nombre d'établissements enquêtés

		Concerné par l'enquête	Nombre d'établissements enquêtés
Etablissements pour ENFANTS	- Etablissements pour enfants handicapés (établs. pour déficients mentaux, instituts de rééducation, établs. pour enfants polyhandicapés, établs. pour déficients moteurs, établs. pour déficients sensoriels)	oui	100
	- SESSAD	oui	66
	- CAMPS	non	-
	- Etablissements de la protection de l'enfance	non	-
Etablissements pour ADULTES	- Etablissements pour adultes handicapés	oui	188
	- Etabts. de travail protégé - CAT - ateliers protégés*	 oui non	 79 -
	- Autres structures pour personnes handicapées	oui	12
	- CMPP	non	-
	- Etablissements d'hébergement et de réadaptation sociale	non	-

Source : ES 2001 - DREES
** les ateliers protégés ne sont pas interrogés sur la partie « personnel » de l'enquête ES*

Méthodologie

L'évaluation de l'emploi dans les établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées, est basée sur l'exploitation de l'enquête ES réalisée par la Drees auprès de l'ensemble des établissements ou services pour personnes handicapées au 31 décembre 2001.
Au niveau régional, le taux de réponse est de 99 % pour les établissements pour enfants handicapés et de 92 % pour les établissements pour adultes handicapés. Ces résultats n'ont pas été redressés.

4 catégories principales ont été étudiées : les établissements d'éducation spéciale pour enfants handicapés, les services d'éducation spéciale et de soins à domicile, les établissements d'accueil pour adultes handicapés, les centres d'aide par le travail. La catégorie « autres structures pour adultes handicapés » regroupe les établissements et services de réinsertion professionnelle et les établissements expérimentaux.
Les ateliers protégés n'ont pas été intégrés dans cette étude, car l'enquête ES n'interroge pas ces structures sur leur personnel.

Le nombre d'actifs comptabilisés dans les établissements médico-sociaux pour personnes handicapées peut comprendre un certain nombre de doubles comptes du fait du mode d'enquête utilisé ; une même personne travaillant dans plusieurs établissements différents est comptabilisée plusieurs fois.

Les structures médico-sociales pour personnes handicapées emploient 11 900 actifs salariés dans les Pays de la Loire.
Si l'on rapporte cet effectif au nombre total d'emplois estimés dans la région (estimations au lieu de travail au 31/12/2001 réalisées par l'Insee), cela représente 0,9% de l'emploi total et 1 % de l'emploi salarié de la région au 31 décembre 2001). Ces proportions sont équivalentes à celles observées au plan national (respectivement 0,8 % et 0,9 %).

Parmi ces 11 900 salariés, 236 personnes (soit 2,0 %) ont un contrat d'emploi aidé. 40 % des salariés des structures médico-sociales pour personnes handicapées travaillent dans les établissements d'éducation spéciale pour enfants handicapés, 8 % dans les services d'éducation et de soins à domicile pour enfants handicapés, 38 % dans les établissements d'accueil d'adultes handicapés, et 12 % dans les centres d'aide par le travail.

Plus de la moitié du personnel exerce à temps partiel

Dans les structures médico-sociales pour personnes handicapées, la proportion d'actifs travaillant à temps partiel atteint 52 %. Cette proportion atteint 89 % dans les services d'éducation et de soins à domicile pour enfants handicapés. Elle est plus faible dans les centres d'aide par le travail (39 %).
L'importance des emplois à temps partiel dépend notamment de la taille des structures. On compte ainsi 14 actifs (5,4 en ETP) en moyenne dans les services d'éducation et de soins à domicile pour enfants handicapés.
Le travail à temps partiel touche surtout les professionnels de santé (psychiatres, psychologues, orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes et psychomotriciens) qui interviennent, parfois pour des temps très réduits, en particulier dans les structures pour enfants ou jeunes handicapés. Ces interventions ponctuelles se sont notamment développées en milieu scolaire pour l'accompagnement individuel ou collectif de jeunes handicapés. Cette évolution correspond aussi à une meilleure identification des besoins éducatifs, de rééducation ou de soins des personnes handicapées.

Répartition du personnel* des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées par catégorie d'établissement et selon le temps de travail dans les Pays de la Loire au 01-01-2002

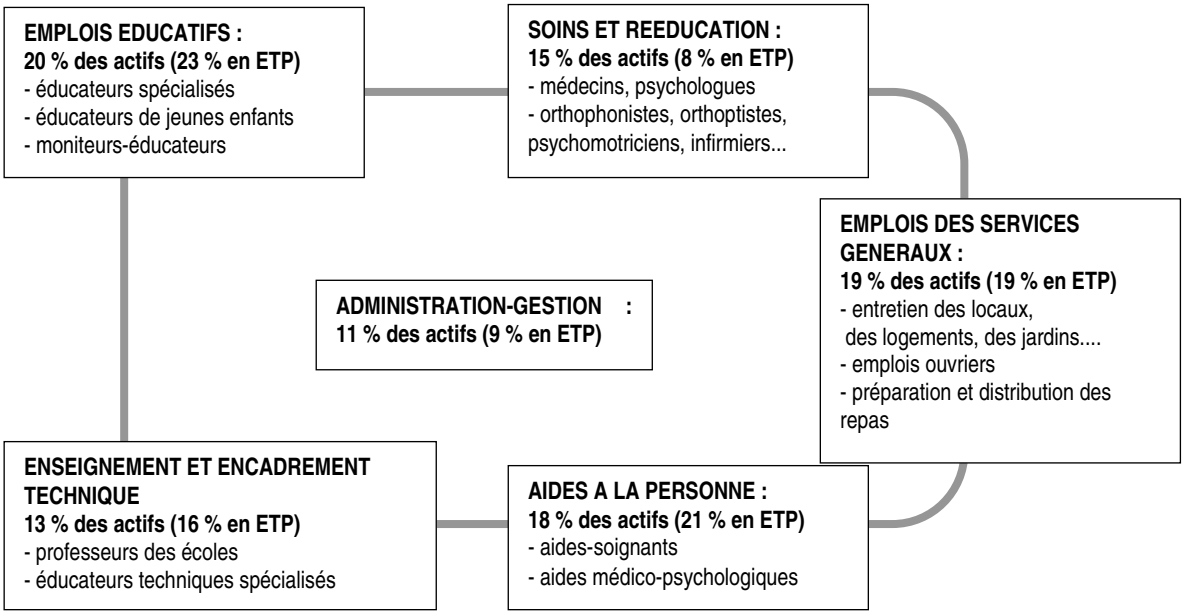
	Effectif			ETP	% temps partiel
	temps plein	temps partiel	total		
Etablissements d'éducation spéciale pour enfants handicapés	2 334	2 472	4 806	3 611,5	51,4
SESSAD	103	803	906	361,9	88,6
CAT	834	544	1 378	1 111,8	39,5
Etablissements d'accueil pour adultes handicapés	2 299	2 239	4 538	3 515,9	49,3
Autres établissements pour adultes handicapés	121	122	243	186,0	50,2
Total (non compris les ateliers protégés)	**5 691**	**6 180**	**11 871**	**8 787,1**	**52,1**

Source : ES 2001 (données non redressées) - DREES
** y compris les contrats d'emplois aidés*

Des emplois à la charnière du champ sanitaire, éducatif et social

Les classifications habituellement utilisées pour décrire les emplois occupés et notamment celles utilisées par l'enquête ES, obéissent à des logiques statutaires de corps professionnels et ne permettent pas toujours de rendre compte de la réalité des fonctions exercées.
Dans cette étude, les emplois ont été regroupés en six fonctions principales :
- la fonction éducative
- les soins et la rééducation
- l'enseignement et/ou l'encadrement technique
- les aides à la personne
- les emplois des services généraux (fonctions d'hôtellerie)
- l'administration-gestion.

Catégories d'emplois* dans les établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées dans les Pays de la Loire au 01-01-2002



Source : ES 2001 (données non redressées) - DREES
** y compris les emplois aidés*

Fonction éducative

Les « éducateurs » (2 341 actifs) représentent 20 % des salariés des structures médico-sociales pour personnes handicapées (23 % en ETP) :
- éducateurs spécialisés (niveau III) : 1 201 actifs,
- moniteurs-éducateurs (niveau IV) : 875 actifs,
- éducateurs de jeunes enfants (niveau III) : 156 actifs.

Cette fonction éducative est surtout représentée dans les établissements spécialisés pour enfants handicapés (27 % des actifs ; 32 % en ETP), contre 5 % des emplois dans les centres d'aide par le travail (nombre d'actifs et ETP).

Enseignement, encadrement technique

Ce deuxième groupe rassemble à la fois les éducateurs techniques spécialisés (ETS), les professeurs des écoles et les instituteurs spécialisés de l'Education nationale. Ce rapprochement se justifie par le fait que ces professionnels travaillent sur des objectifs d'apprentissage, les uns plutôt cognitifs (apprendre à lire ou compter pour les personnes qui le peuvent), les autres plutôt tournés vers des formations professionnelles.

1 539 personnes salariées dans les structures médico-sociales pour personnes handicapées relèvent de ce groupe, ce qui représentent 13 % des actifs (16 % en ETP).
Dans les centres d'aide par le travail, cette fonction concerne 51 % des actifs (59 % en ETP).
Elle est beaucoup moins représentée dans les services d'éducation et de soins à domicile pour enfants handicapés (6 % des actifs ; 8 % en ETP), et dans les établissements d'accueil pour adultes handicapés (2 % des actifs ; 2 % en ETP).

Aides à la personne

Les aides-soignants et les aides médico-psychologiques sont deux corps professionnels distincts avec des formations initiales différentes, mais qui ont le même niveau de qualification.
Les aides-soignants, exercent surtout dans les établissements de santé, les établissements pour personnes âgées et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), le plus souvent sous l'autorité d'une infirmière.
Les aides médico-psychologiques, métier social, travaillent principalement dans les établissements du secteur éducatif ou dans les services de psychiatrie.

Bien qu'ayant des formations distinctes, ces professionnels occupent des fonctions comparables "d'aides à la personne", les aides-soignants auprès des personnes hospitalisées ou des personnes âgées dépendantes, les AMP auprès des personnes handicapées.

Dans les structures médico-sociales pour personnes handicapées, 2 192 actifs sont rattachés à cette catégorie d'emplois, dont 1431 AMP et 543 aides-soignants. Ils représentent 18 % du nombre total d'actifs du secteur (21 % en ETP).
Cette proportion atteint 38 % dans les établissements d'accueil pour adultes handicapés (42 % en ETP). Ces structures accueillent majoritairement des personnes

lourdement handicapées qui ont besoin d'aides permanentes pour les actes essentiels de la vie courante.
Elle est beaucoup plus faible dans les autres structures : établissements pour enfants handicapés (9 % des actifs, 10 % en ETP), services d'éducation et de soins à domicile pour enfants handicapés (2 %, 3 %) et centres d'aides par le travail (1 %, 1 %).

Soins et rééducation

La fonction "soins et rééducation" est la plus diversifiée en terme de métiers : psychiatres, infirmiers, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, ...
Elle concerne 1 752 actifs, ce qui représente 15 % du nombre total d'actifs des établissements pour personnes handicapées (8 % en ETP).
Les structures qui emploient le plus de professionnels de cette catégorie sont les services d'éducation et de soins à domicile pour enfants handicapés (45 % des actifs, 40 % en ETP) et les établissements spécialisés pour enfants handicapés (17 %, 10 %).

A l'exception des infirmiers, ces professionnels interviennent pour la plupart à temps partiel, parfois pour des temps très réduits.
Ainsi, 90 % des psychologues, orthophonistes, masseurs-kinésithérapeutes et psychomotriciens exercent leur activité à temps partiel : 26 % interviennent pour un temps de travail inférieur à 1 journée par semaine et par structure et 23 % pour un temps de travail qui se situe entre 1 et 2 journées.
Quant aux médecins qui exercent dans ces établissements, ils sont tous salariés à temps partiel. 60 % d'entre eux ont une moyenne d'intervention inférieure à une demi-journée par semaine.

Emplois des services généraux

Les établissements sociaux offrent pour la plupart un hébergement à leurs résidents, ce qui génère des emplois importants pour l'entretien des locaux et des logements, la fabrication et la distribution des repas. Cette fonction est parfois confiée à des sous-traitants.
Cette fonction concerne ainsi 2 292 actifs, soit 19 % du nombre total d'actifs des établissements pour personnes handicapées (19% en ETP)

La proportion d'emplois est comparable dans les établissements d'accueil pour adultes handicapés et dans les établissements spécialisés pour enfants handicapés. Elle est plus faible dans les centres d'aide par le travail (14 % des actifs, 13 % en ETP), les personnes handicapées étant hébergées à leur propre domicile ou dans un foyer, et surtout dans les services d'éducation et de soins à domicile pour enfants handicapés (6 %, 3 %).

Direction-administration-gestion

La fonction administration-gestion représente en moyenne 11 % des actifs des établissements pour personnes handicapées (9% en ETP).

Cette proportion est beaucoup plus élevée dans les CAT (19 % des actifs, 18 % en ETP), qui doivent développer une politique commerciale de promotion de leur production.

Le travail à temps partiel touche les emplois administratifs puisque 67 % des salariés de cette catégorie professionnelle sont concernés. 19 % des actifs ont un temps de travail inférieur à 1 journée par semaine et 12 % un temps de travail qui se situe entre 1 et 2 journées par semaine.

Répartition des emplois* des établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées par catégorie de personnel et selon le type d'établissement dans les Pays de la Loire au 01-01-2002

	Etablissements spécialisés pour enfants handicapés		SESSAD		CAT		Etablissements d'accueil pour adultes handicapés		Total**	
	Nbre d'actifs	ETP	Nbre d'actifs	ETP	Nbre d'actifs	ETP	Nbre d'actifs	ETP	Nbre d'actifs	ETP
Administration-gestion	**409**	**282**	**178**	**54**	**255**	**197**	**408**	**233**	**1 295**	**801**
- direction et gestion	125	97	68	20	97	80	159	91	454	293
- administration	284	184	110	34	158	117	249	143	841	508
Services généraux	**983**	**727**	**60**	**12**	**192**	**147**	**991**	**732**	**2 292**	**1 669**
Enseignement et encadrement technique	**679**	**599**	**58**	**30**	**702**	**652**	**70**	**62**	**1 539**	**1 369**
- instituteurs ou prof. des écoles	263	244	28	18	0	0	0	0	291	262
- professeurs	122	92	17	7	1	0	4	2	174	127
- éduc. techniques spécialisés	150	140	10	4	134	130	30	27	324	301
- éducateurs techniques	69	61	1	1	33	32	8	8	111	101
- moniteurs d'atelier	42	35	0	0	531	488	28	25	601	549
- éducateurs scolaires	33	27	2	1	3	1	0	0	38	29
Action éducative	**1 316**	**1 151**	**161**	**97**	**67**	**52**	**791**	**688**	**2 341**	**1 993**
- éducateurs spécialisés	722	642	112	73	40	31	322	283	1 201	1 032
- moniteurs éducateurs	421	366	19	7	15	13	420	363	875	749
- éduc.de jeunes enfants	118	96	25	14	2	2	10	9	156	122
- candidats, élèves	55	47	5	3	10	7	39	33	109	90
Soins et rééducation	**807**	**359**	**406**	**147**	**108**	**26**	**393**	**191**	**1 752**	**742**
- médecins	198	31	78	7	31	3	71	9	383	51
- psychologues	154	80	83	28	46	12	85	22	373	145
- infirmiers	108	70	2	0	5	3	154	120	289	206
- orthophonistes	101	50	101	45	2	0	0	0	204	95
- psychomotriciens	116	58	67	27	21	7	32	11	238	104
- kinésithérapeutes	77	41	40	22	0	0	24	12	141	75
- autres	53	28	35	17	3	2	27	16	124	65
Aides à la personne	**436**	**367**	**14**	**10**	**11**	**8**	**1 702**	**1 471**	**2 192**	**1 882**
- AMP	306	267	5	5	9	7	1 093	933	1 431	1 228
- aides-soignants	74	52	0	0	0	0	459	407	543	467
- aux. puéricultrices	14	11	0	0	0	0	3	2	17	13
- élèves AMP	42	37	9	5	2	1	147	129	201	174
Autres	**176**	**126**	**29**	**11**	**43**	**29**	**183**	**138**	**460**	**330**
- assistantes maternelles	5	2	0	0	0	0	0	0	5	2
- autres	171	123	29	11	43	29	183	138	455	328
Total général	**4 806**	**3 611**	**906**	**362**	**1 378**	**1 112**	**4 538**	**3 516**	**11 871**	**8 787**

Source : ES 2001 (données non redressées) - DREES

** y compris les emplois aidés*

*** y compris la catégorie "Autres établissements pour adultes handicapés"*

I-3 - Une progression forte de l'emploi dans les établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées

Méthodologie
L'étude de l'évolution de l'emploi dans les établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées est basée sur la situation des établissements ayant répondu aux enquêtes ES réalisées au 31 décembre des années 1991, 1995 et 2001.

La catégorie « autres établissements pour adultes handicapés » (établissements et services de réinsertion professionnelle et celle des établissements expérimentaux) a été exclue de l'étude sur l'évolution de l'emploi, en raison du faible nombre de structures concernées.
Les différences qui apparaissent entre les données au 1er janvier 1992 et au 1er janvier 1996 présentées dans ce rapport et celles présentées dans la version publiée en 1999 sont liées au fait qu'un certain nombre de catégories de structures avaient été enquêtées en 1992 et 1996 et ne l'ont pas été en 2002 (centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), foyers d'hébergement, centres d'accueil familial spécialisés (CAFS), services d'accompagnement à la vie sociale). Pour permettre l'analyse des évolutions entre 1992, 1996 et 2002, ces catégories n'ont donc pas été retenues dans les dénombrements effectués pour les années 1992 et 1996, présentés dans ce rapport, alors que cela avait été le cas dans la version de 1999.

Nombre d'établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées ayant répondu aux enquêtes ES dans les Pays de la Loire

	1992	1996	2002
Structures pour enfants handicapés			
Nombre d'établissements d'éducation spéciale pour enfants handicapés	107	103	100
Nombre de SESSAD	43	49	66
Structures pour adultes handicapés			
Nombre d'établissements d'accueil pour adultes handicapés	118	148	188
Nombre de CAT	63	78	79

Sources : ES 1991, 1995 et 2001 (données non redressées) - DREES

Le nombre d'actifs dans les structures médico-sociales pour personnes handicapées a augmenté de 3,7 % par an entre 1996 et 2002

Le nombre d'actifs employés dans les structures médico-sociales pour personnes handicapées de la région (hors centres de rééducation professionnelle, et établissements expérimentaux) est passé de 9 376 en 1996 à 11 628 en 2002, soit une progression au rythme annuel de 3,7 %. Mesurée en équivalent temps plein, la progression moyenne annuelle est de +3,5 %.

Cette augmentation a été plus soutenue que celle observée sur la période précédente 1992-1996 (+2,5 % par an en nombre d'actifs ; +2,0 % en ETP).

La progression de l'emploi s'explique par l'augmentation du nombre d'établissements d'accueil pour adultes handicapés

58 % des nouveaux actifs dénombrés dans les structures médico-sociales pour personnes handicapées entre 1996 et 2002 sont employés dans les établissements d'accueil pour adultes handicapés. Dans cette catégorie, le nombre d'actifs a progressé de +5,8 % en moyenne chaque année sur cette période (+6,3 % en ETP).

Une forte augmentation de l'emploi dans les établissements d'accueil pour adultes handicapés s'observait déjà au début des années 90 (+8,0 % par an entre 1992 et 1996 en nombre d'actifs, +5,9 % en ETP).

Cette situation s'explique par la création d'établissements d'accueil pour adultes handicapés, dont l'effectif total (si l'on considère ceux qui ont répondu aux enquêtes ES) est passé de 148 en 1996 à 188 en 2002.
Cette situation traduit également l'augmentation du nombre d'actifs au sein des établissements eux-mêmes. Ainsi à structures identiques, c'est-à-dire en excluant les établissements créés entre 1996 et 2002, le nombre d'actifs dans les établissements d'accueil pour adultes handicapés a progressé de 3,4 % par an (+3,7 % en ETP).

L'emploi a également fortement progressé dans les services d'éducation et de soins à domicile pour enfants handicapés entre 1996 et 2002 (+7,7% par an en nombre d'actifs, +7,9 % en ETP), autre catégorie d'établissement concernée par des créations de structures. Le nombre de Sessad (si l'on considère ceux qui ont répondu aux enquêtes ES) est, en effet, passé de 49 en 1996 à 66 en 2002.
A structures identiques, c'est-à-dire sans les créations de Sessad intervenues entre 1996 et 2002, le nombre d'actifs a progressé de 3,0 % (+4,1 % en ETP).

L'emploi progresse moins fortement dans les établissements spécialisés pour enfants handicapés (+1,5 % par an en nombre d'actifs, +1 % en ETP) et dans les centres d'aide par le travail (+2,9 %, +3,5 %).

Les tendances observées dans les Pays de la Loire se retrouvent au plan national pour les mêmes catégories d'établissements. On observe ainsi en France une plus forte progression de l'emploi dans les établissements d'accueil pour adultes handicapés entre 1996 et 2002 (+4,4 % en nombre d'actifs, +4,7 % en ETP) et dans les services d'éducation et de soins à domicile (+10,2%, +10,5 %) que dans les établissements spécialisés pour enfants handicapés (+0,5 %, +0,3%) et dans les centres d'aide par le travail (+1,7 %, +2,1 %). *

* Les établissements et services médico-sociaux pour enfants et adolescents handicapés, S. Vanovermeir, D. Bertrand, « Document de travail. Série Statistique », n° 71, novembre 2004 - DREES - 327 p.

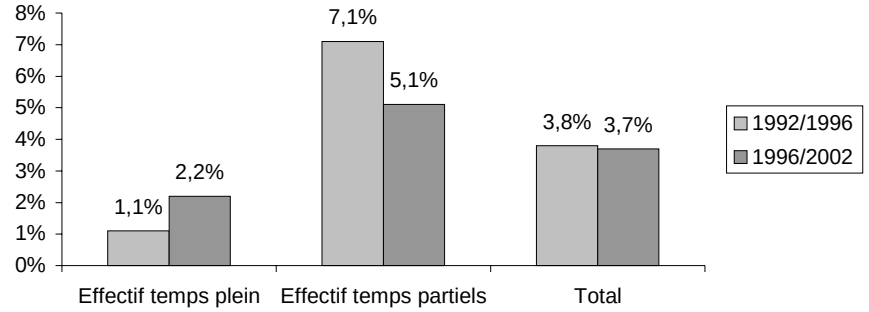
Les établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés, S. Vanovermeir, D. Bertrand, « Document de travail. Série Statistique », n° 64, mai 2004 - DREES - 257 p.

Le nombre d'actifs à temps partiel a progressé deux fois plus vite que le nombre d'actifs à temps plein ...

L'augmentation annuelle de 3,7 % des effectifs d'actifs entre 1996 et 2002 dans les structures médico-sociales pour personnes handicapées, concerne surtout l'emploi à temps partiel qui progresse de +5,1 % en moyenne annuelle contre +2,2 % pour l'emploi à temps plein.
Cette situation s'observait déjà sur la période 1992-1996 avec un écart de progression encore plus prononcé (respectivement +7,1 %, +1,1 %).

La part des actifs à temps partiel est ainsi passée de 42 % en 1992, à 48 % en 1996 et à 52 % en 2002 dans les structures médico-sociales pour personnes handicapées.

Taux de croissance annuel moyen du nombre d'actifs dans les établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées des Pays de la Loire



Sources : ES 1991, 1995 et 2001 (données non redressées) - DREES
Champ : à catégories de structures identiques

Taux de croissance annuel moyen de l'emploi dans les établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées des Pays de la Loire, selon le type de structure

	Etablissements spécialisés pour enfants handicapés		SESSAD		CAT		Etablissements d'accueil pour adultes handicapés		Total	
	1992/1996	1996/2002	1992/1996	1996/2002	1992/1996	1996/2002	1992/1996	1996/2002	1992/1996	1996/2002
Nbre total d'actifs	0,7%	1,5%	5,6%	7,7%	5,2%	2,9%	8,0%	5,8%	3,8%	3,7%
Dont temps plein	-0,8%	-0,5%	-1,0%	6,1%	3,2%	3,1%	3,4%	5,0%	1,1%	2,2%
Dont temps partiel	2,6%	3,6%	6,7%	7,9%	8,6%	2,5%	14,6%	6,7%	7,1%	5,1%
ETP	0,6%	1,0%	4,8%	7,8%	4,8%	3,5%	5,9%	6,3%	3,0%	3,5%

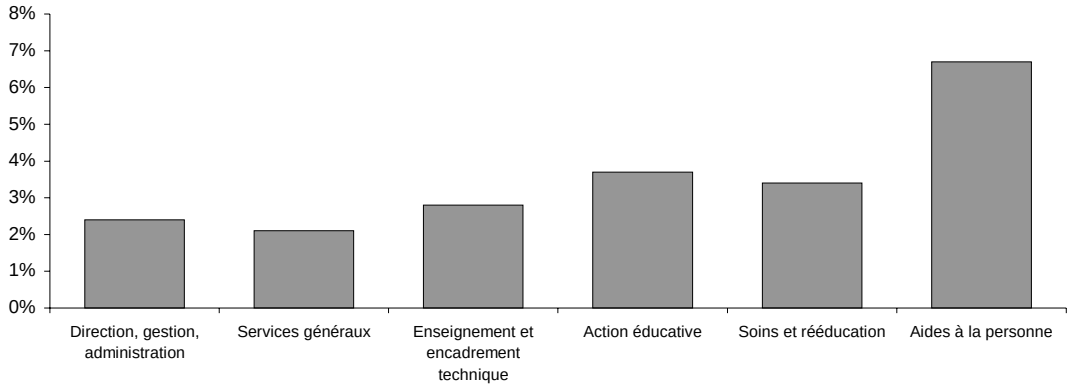
Sources : ES 1991, 1995 et 2001 (données non redressées) - DREES
Champ : à catégories de structures identiques

La progression de l'emploi bénéficie principalement aux "aides à la personne"

Dans les structures médico-sociales pour personnes handicapés, la progression du nombre d'emplois entre 1996 et 2002 se retrouve pour toutes les fonctions exercées.

Elle est cependant deux fois plus élevée pour la fonction d'aide à la personne (aides-soignants, AMP), pour laquelle le nombre d'actifs augmente de +7,2 % par an (+6,7 % en ETP). Cette forte croissance s'explique par la création d'établissements d'accueil pour adultes handicapés par les conseils généraux qui emploient un grand nombre de personnes ayant une fonction d'aide à la personne.

Taux de croissance annuel moyen de l'emploi (en ETP) dans les établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées des Pays de la Loire, selon la fonction principale entre 1996 et 2002



Sources : ES 1995 et 2001 (données non redressées) - DREES
Champ : à catégories de structures identiques

Evolution de l'emploi dans les établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées des Pays de la Loire, selon la fonction principale exercée

	1996			2002		
	Nbre d'actifs	dont temps partiel	ETP	Nbre d'actifs	dont temps partiel	ETP
Administration-gestion	**1 034**	**649**	**666**	**1 250**	**845**	**766**
- direction et gestion	401	207	280	449	258	288
- administration	633	442	385	801	587	478
Services généraux	**1 976**	**1 062**	**1 430**	**2 226**	**1 266**	**1 618**
Enseignement et encadrement technique	**1 262**	**273**	**1 136**	**1 509**	**377**	**1 344**
- instituteurs ou prof. des écoles	233	52	207	291	66	262
- professeurs	109	46	83	144	81	102
- éduc. techniques spécialisés	280	43	262	324	58	301
- éducateurs techniques	132	29	118	111	26	101
- moniteurs d'atelier	445	66	419	601	126	549
- éducateurs scolaires	63	37	46	38	20	29
Action éducative	**1 850**	**640**	**1 603**	**2 335**	**937**	**1 988**
- éducateurs spécialisés	963	295	854	1 196	451	1 028
- moniteurs éducateurs	621	206	544	875	350	749
- éduc.de jeunes enfants	108	64	80	155	91	121
- candidats, élèves	158	75	125	109	45	90
Soins et rééducation	**1 424**	**1 223**	**593**	**1 714**	**1 497**	**723**
- médecins	364	360	54	378	377	50
- psychologues	282	261	105	368	338	143
- infirmiers	231	137	159	269	162	193
- orthophonistes	175	161	82	204	188	95
- psychomotriciens	189	171	87	236	223	103
- kinésithérapeutes	109	89	57	141	117	75
- autres	74	44	50	118	92	63
Aides à la personne	**1 428**	**428**	**1 258**	**2 163**	**865**	**1 857**
- AMP	865	241	774	1 413	564	1 212
- aides-soignants	322	99	278	533	218	459
- aux. puéricultrices	9	3	7	17	9	13
- élèves AMP	232	85	199	200	74	173
Autres	**402**	**219**	**294**	**431**	**271**	**304**
- assistantes maternelles				5	5	2
- autres	402	219	294	426	266	302
Total général	**9 376**	**4 494**	**6 978**	**11 628**	**6 058**	**8 601**

Sources : ES 1995 et 2001 (données non redressées) - DREES
Champ : à catégories de structures identiques

CHAPITRE II - LES ETABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGEES

II-1 - L'environnement général

La politique gérontologique relève de la responsabilité du conseil général

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a conforté et renforcé le rôle du département dans le domaine de l'aide aux personnes âgées.
« Le département définit et met en œuvre l'action sociale des personnes âgées. Il coordonne dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale les actions menées par les différents intervenants, définit des secteurs géographiques d'intervention, et détermine les modalités d'information du public ». (article L113-2 du code de l'action sociale et des familles).

Le conseil général a en charge, en particulier, l'administration de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et son financement.

Le conseil général arrête le **schéma gérontologique**, qui est établi au plan départemental tous les cinq ans.
Ce schéma vise à :
- apprécier la nature, le niveau et l'évolution des besoins de la population,
- dresser le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre existante,
- déterminer les perspectives et les objectifs de développement de l'offre,
- préciser le cadre de coopération et de coordination entre établissements et services,
- définir les critères d'évaluation des actions mises en œuvre.

Le schéma gérontologique doit également permettre de définir les territoires de l'action gérontologique de proximité, d'établir les modalités d'information du public et de coordination des prestataires en s'appuyant notamment sur les centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

Les équipements pour personnes âgées

Les équipements d'hébergement de personnes âgées étaient, jusqu'à présent, classés en trois catégories distinctes :
- maisons de retraite,
- logements-foyers,
- unités dites de "soins de longue durée" (ex long séjour).

Ces équipements, qui se sont développés à des périodes historiques différentes, constituent un ensemble relativement hétérogène en matière de publics accueillis. En effet, si les unités de soins de longue durée (qui sont des structures hospitalières installées au sein des établissements de santé), accueillent essentiellement des personnes très dépendantes, avec une forte proportion de personnes souffrant de démences, à l'inverse, la majorité des logements-foyers accueillent principalement des

résidents valides, avec toutefois des situations variables selon les départements. La plupart des maisons de retraite prennent en charge quant à elles une majorité de résidents dépendants, mais hébergent également des personnes autonomes.

Au plan national, le secteur hospitalier garde un poids prépondérant dans l'accueil des personnes âgées, avec 27 % des capacités d'accueil (maisons de retraite hospitalières : 15 % ; unités de « soins de longue durée », 12 %).
Les maisons de retraite relevant du secteur associatif proposent 19 % des places, les maisons de retraite publiques autonomes, 18 %, et les maisons de retraite à caractère commercial, 13 %. Quant aux logements-foyers, dont la gestion est le plus souvent associative ou relève des collectivités locales, ils représentent 23 % des places. *

Une réforme de la tarification des établissements engagée depuis 1999

Le système de tarification des établissements a été profondément réformé à partir de 1999, en même temps que se mettait en place la PSD (prestation spécifique dépendance), afin de répartir de manière plus égalitaire les ressources publiques entre les différentes catégories d'établissements accueillant des personnes dépendantes (maison de retraite, logement-foyer, unité de soins de longue durée).

Les établissements sont progressivement passés d'une tarification binaire (hébergement/soins) à une tarification ternaire (hébergement, dépendance, soins), chacun de ces budgets ayant un mode de financement différent : l'usager pour l'hébergement (le conseil général lorsque l'usager est un bénéficiaire de l'aide sociale), le conseil général pour la dépendance, et l'assurance maladie pour les soins. La nature des charges affectées à chacun de ces budgets est définie de manière réglementaire.

La mise en œuvre de cette réforme a, cependant, pris du retard par rapport aux objectifs initiaux, et l'échéance de la signature des conventions tripartites qui accompagnent la mise en place de la nouvelle tarification a été plusieurs fois retardée.

Les établissements concernés par la réforme (EHPAD - établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes) doivent signer une convention tripartite avec le conseil général et l'Etat (DDASS). Ils s'engagent, à cette occasion, à mettre en œuvre une démarche qualité. Du côté des établissements de santé, et notamment des unités de soins de longue durée, les réticences sont, cependant, fortes pour entrer dans la réforme, ces structures craignant de perdre ainsi leur identité sanitaire.

* Les établissements d'hébergement pour personnes âgées : locaux et équipements, N. Dutheil, « Etudes et Résultats », n° 380, mars 2005 - DREES - 8 p.

II-2 - La situation de l'emploi au 1er janvier 2004 dans les structures autonomes d'hébergement pour personnes âgées

600 établissements autonomes d'hébergement pour personnes âgées dans les Pays de la Loire

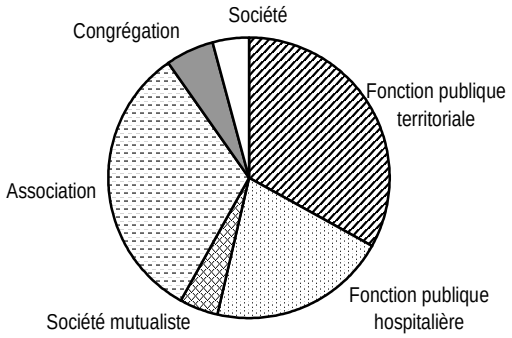
Au 1er janvier 2004, on dénombre dans les Pays de la Loire 50 700 places (ou logements pour les logements-foyers) dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées : maisons de retraite (31 100), logements-foyers (13 400), unités de soins de longue durée (5 300), hébergement temporaire (900). 26 % de ces places dépendent du secteur hospitalier.

A l'intérieur de ce vaste ensemble, 612 établissements qui ne relèvent pas d'un établissement de santé, sont considérés comme "autonomes". Ces établissements autonomes représentent 74 % des places.

Parmi les 335 établissements **publics**, 221 relèvent de la fonction publique territoriale, (essentiellement des logements-foyers) et 114 de la fonction publique hospitalière (essentiellement des maisons de retraite). Les 277 établissements **privés** sont majoritairement associatifs (189) ; 33 sont gérés par une société, 29 par une congrégation et 26 par une société mutualiste. La grande majorité de ces établissements sont des maisons de retraite.

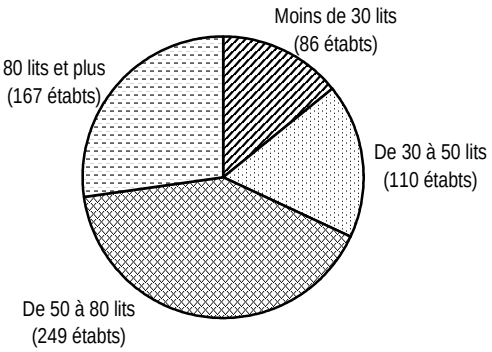
La répartition de ces équipements selon leur statut est équivalente aussi bien lorsqu'on raisonne en nombre de structures qu'en nombre de places (ou de logements). La part de l'initiative publique ou privée est variable selon les départements. Les établissements privés sont ainsi quatre fois plus nombreux que les établissements publics en Loire-Atlantique alors que le secteur public est plus important que le secteur privé en Mayenne, Sarthe et Vendée.

Répartition des places dans les établissements d'hébergement autonomes* pour personnes âgées selon le statut de ces établissements dans les Pays de la Loire au 01-01-2004



Source : EHPA 2003 (ensemble des établissements interrogés)
** non compris les maisons de retraite rattachées à des établissements de santé et les unités de soins de longue durée*

Répartition des établissements d'hébergement autonomes* pour personnes âgées dépendant d'établissements autonomes selon leur taille dans les Pays de la Loire au 01-01-2004



Source : EHPA 2003 (ensemble des établissements interrogés)
** non compris les maisons de retraite rattachées à des établissements de santé et les unités de soins de longue durée*

Répartition des établissements d'hébergement autonomes* pour personnes âgées selon leur statut dans les Pays de la Loire au 01-01-2004

	Public			Privé					Total
	Fonction publique territoriale	Fonction publique hospitalière	Total public	Société mutualiste	Association	Congré-gation	Société	Total privé	
Loire-Atlantique	26	6	32	21	101	1	9	132	164
Maine-et-Loire	48	39	87	3	52	13	9	77	164
Mayenne	18	28	46		4	5	2	11	57
Sarthe	47	25	72		15	8	8	31	103
Vendée	82	16	98	2	17	2	5	26	124
Pays de la Loire	**221**	**114**	**335**	**26**	**189**	**29**	**33**	**277**	**612**

Source : EHPA 2003 (ensemble des établissements interrogés)
** non compris les maisons de retraite rattachées à des établissements de santé et les unités de soins de longue durée*

Répartition des places dans les établissements d'hébergement autonomes* pour personnes âgées selon le statut de ces établissements dans les Pays de la Loire au 01-01-2004

	Public			Privé					Total
	Fonction publique territoriale	Fonction publique hospitalière	Total public	Société mutualiste	Association	Congré-gation	Société	Total privé	
Loire-Atlantique	1 749	530	2 279	1 310	6 823	78	725	8 936	11 215
Maine-et-Loire	2 815	2 544	5 359	196	3 370	709	515	4 790	10 149
Mayenne	637	1 685	2 322		278	323	90	691	3 013
Sarthe	2 150	1 974	4 124		800	339	574	1 713	5 837
Vendée	5 063	1 102	6 165	121	850	72	284	1 327	7 492
Pays de la Loire	**12 414**	**7 835**	**20 249**	**1 627**	**12 121**	**1 521**	**2 188**	**17 457**	**37 706**

Source : EHPA 2003 (ensemble des établissements interrogés)
** non compris les maisons de retraite rattachées à des établissements de santé et les unités de soins de longue durée*

Méthodologie

L'évaluation de l'emploi dans les établissements pour personnes âgées est basée sur l'enquête hébergement des personnes âgées (EHPA) effectuée par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) auprès de l'ensemble des établissements de la région. La dernière enquête a été réalisée au 31 décembre 2003.

Dans cette étude, seuls les établissements dits "autonomes" ont été étudiés. Les emplois dans les maisons de retraite et dans les unités de soins de longue durée, rattachées à des hôpitaux, sont dénombrés avec ceux des établissements de santé (cf première partie) et ne sont donc pas compris dans ces dénombrements.

Les établissements interrogés n'ayant pas tous répondu à l'enquête EHPA, le nombre total d'emplois dans les Pays de la Loire a été estimé. En revanche, l'analyse de la structure des emplois a été effectuée à partir de la situation observée dans les établissements répondants.

L'évolution de l'emploi entre 1997 et 2004 n'a pas pu être analysée de façon détaillée. De même, les résultats nationaux étant en cours de redressement au moment de la réalisation de cette étude, aucune comparaison à la situation nationale n'a été effectuée.

17 000 actifs employés pour 14 000 équivalents temps plein

79 % des établissements interrogés ont répondu au questionnaire « personnel » de la dernière enquête EHPA, 67 % parmi les établissements gérés par une société privée, 96 % parmi les établissements mutualistes.

Répartition des établissements d'hébergement autonomes* pour personnes âgées répondants et non-répondants à l'enquête EHPA selon leur statut dans les Pays de la Loire au 01-01-2004

	Public			Privé					Total
	Fonction publique territoriale	Fonction publique hospitalière	Total public	Société mutualiste	Association	Congré-gation	Société	Total privé	
Nb d'établissements	221	114	335	26	189	29	33	277	612
Etab. répondants	*176*	*100*	*276*	*25*	*141*	*21*	*22*	*209*	*485*
Etab. non-répondants	*45*	*14*	*59*	*1*	*48*	*8*	*11*	*68*	*127*
Taux de réponse	80%	88%	82%	96%	75%	72%	67%	75%	79%

Source : EHPA 2003 - DREES

** non compris les maisons de retraite rattachées à des établissements de santé et les unités de soins de longue durée*

Les établissements interrogés n'ayant pas tous répondu à l'enquête EHPA, le nombre total d'emplois a donc été estimé. Les redressements basés sur le nombre de structures par catégorie ou sur la capacité des structures par catégorie (nombre de lits) aboutissent à des résultats équivalents (cf annexe).

Après redressement des résultats, le nombre total d'actifs dans les établissements autonomes pour personnes âgées peut être estimé à environ 17 000 (14 000 équivalents temps plein) au 1er janvier 2004.

Le nombre d'actifs serait ainsi passé de 14 000 en 1997 à 17 000 en 2004, soit une progression annuelle moyenne de 2,8 %.

Si l'on rapporte le nombre d'actifs dans les établissements autonomes pour personnes âgées au nombre total d'emplois estimés dans la région (estimations d'emplois au lieu de travail au 31/12/2003 réalisées par l'Insee), cela représente 1,2 % de l'emploi total et 1,4 % de l'emploi salarié de la région au 1er janvier 2004.
Ces proportions sont équivalentes à celles qui avaient été observées au 1er janvier 1997 (respectivement 1,1 % et 1,4 %).

Le nombre de salariés par structure varie selon la catégorie d'établissements. On compte ainsi 21 actifs en moyenne dans les établissements relevant de la fonction publique territoriale, 30 dans les établissements privés et 38 dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière.

Répartition des emplois dans les établissements d'hébergement autonomes* pour personnes âgées selon le statut de ces établissements dans les Pays de la Loire au 01-01-2004

	Public			Privé					Total
	Fonction publique territoriale	Fonction publique hospitalière	Total public	Société mutualiste	Association	Congré-gation	Société	Total privé	
Nb d'établissements répondants	176	100	276	25	141	21	22	209	485
Nbre d'actifs	3 700	3 770	7 470	659	4 300	624	696	6 279	13 749
ETP	3 100	3 325	6 425	467	3 385	531	580	4 963	11 388

Source : EHPA 2003 (données non redressées) - DREES

** y compris les emplois aidés*
non compris les maisons de retraite rattachées à des établissements de santé et les unités de soins de longue durée

Les emplois aidés représentent 3,7 % des actifs. Cette proportion atteint 5 % parmi les agents de services auprès des résidents et parmi le personnel des services généraux.

Une majorité d'emplois peu qualifiés

Méthodologie
Les établissements interrogés dans le cadre de l'enquête EHPA n'ayant pas tous répondu à l'enquête, l'étude de la répartition des emplois selon le type de fonction exercée a été effectuée uniquement à partir des données des établissements ayant répondu à l'enquête.

L'analyse de la structure des emplois dans les établissements pour personnes âgées reprend la classification proposée pour les structures médico-sociales pour personnes handicapées. Elle permet, en effet, de mieux rendre compte de la réalité des fonctions exercées que les classifications habituellement utilisées, qui obéissent à des logiques statutaires de corps professionnels.

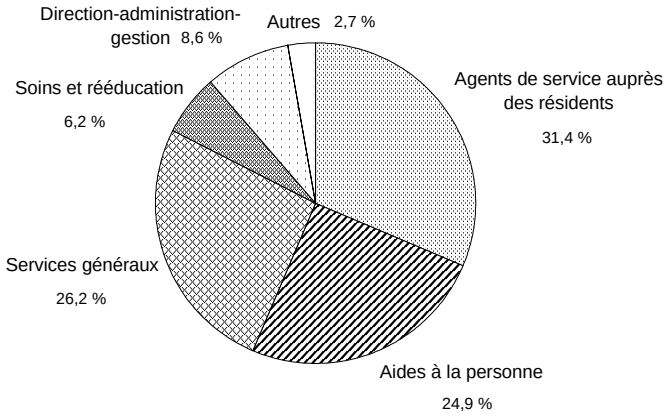
Cinq fonctions principales peuvent ainsi être distinguées :
- les agents de service auprès des résidents,
- les aides à la personne (aides-soignants, aides médico-psychologiques),
- les emplois des services généraux (entretien des locaux et des logements, fabrication et distribution des repas),
- les soins et la rééducation,
- l'administration et la gestion.

Dans les établissements pour personnes âgées, les emplois se répartissent de la manière suivante :
- les agents chargés des services auprès des résidents représentent 31 % des actifs (31 % en ETP),
- les emplois d'aide à la personne, 23 % des actifs (25 % en ETP),
- le personnel des services généraux, 27 % des actifs (26 % en ETP),
- les soins et la rééducation, 8 % des actifs (6 % en ETP),
- enfin la direction, l'administration et la gestion, 9 % des actifs (9 % en ETP).

Quatre emplois sur cinq sont de niveau V ou peu qualifiés : les agents de services auprès des résidents (31% des actifs), les aides-soignants (22 %), les aides médico-psychologiques (1 %), le personnel des services généraux (27 %). Les emplois administratifs de niveau V n'ont pu être dissociés des autres emplois administratifs et ne sont donc pas comptabilisés dans cet ensemble. Les emplois correspondant à la fonction hôtelière ne sont pas tous bien repérés dans cette enquête car ces activités sont parfois externalisées à des sous-traitants et ne sont donc pas comptabilisées dans le tableau d'effectifs de l'établissement.

Répartition des emplois (en équivalent temps plein)* par catégorie de personnel dans les établissements d'hébergement autonomes pour personnes âgées dans les Pays de la Loire au 01-01-2004

Parmi les établissements ayant répondu à l'enquête



Source : EHPA 2003 (données non redressées) - DREES

** y compris les contrats d'emplois aidés*
non compris les personnels des maisons de retraite rattachées à des établissements de santé et des unités de soins de longue durée

La structure des emplois varie selon le type d'établissement

Dans les établissements relevant de la fonction publique territoriale (essentiellement des logements-foyers), 40 % des emplois sont rattachés aux services généraux (entretien des logements, préparation des repas…) tandis que les agents de services auprès des résidents représentent 18 % des salariés, et les emplois d'aide à la personne 20 %.

A l'inverse, dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière, 17 % des actifs sont rattachés aux services généraux et 41 % sont des agents de services auprès des résidents. Les emplois d'aide à la personne représentent 24 % des salariés.

Cette situation correspond pour partie à la nature des prestations délivrées, liées à la diversité des publics accueillis (en terme de niveau de dépendance), et pour partie également à la disparité des moyens financiers alloués aux établissements.

Répartition des emplois* par catégorie du personnel selon le type d'établissement dans les Pays de la Loire au 01-01-2004

Parmi les établissements ayant répondu à l'enquête

	Total public+privé		Total public		Fonction publique territoriale		Fonction publique hospitalière	
	Nbre d'actifs	ETP	Nbre d'actifs	ETP	Nbre d'actifs	ETP	Nbre d'actifs	ETP
Administration-gestion	**1 186**	**985**	**608**	**512**	**347**	**293**	**261**	**219**
- Direction, gestion	559	486	283	241	187	166	96	76
- Personnel administratif	627	498	325	270	160	127	165	143
Services généraux	**3 660**	**2 984**	**2 132**	**1 810**	**1 484**	**1 238**	**648**	**572**
Soins et rééducation	**1 099**	**711**	**570**	**385**	**230**	**155**	**340**	**230**
- Médecins	171	26	88	16	33	6	55	9
- Psychologues	41	11	16	4	3	1	13	3
- Infirmiers	737	577	389	320	163	132	226	188
- Psychomotriciens	7	3	3	1	3	1		
- Kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthoptistes, pédicure, diététicien	33	6	19	2	5	0	14	1
- Autres	110	88	55	43	23	15	32	29
Aides à la personne	**3 202**	**2 832**	**1 653**	**1 519**	**751**	**680**	**902**	**839**
- AMP	181	168	50	47	22	20	28	27
- Aides-soignants	3 021	2 664	1 603	1 472	729	660	874	812
Agents de service auprès des résidents	**4 206**	**3 572**	**2 237**	**1 992**	**673**	**574**	**1 564**	**1 418**
Autres	**396**	**305**	**270**	**207**	**215**	**161**	**55**	**47**
Total	**13 749**	**11 388**	**7 470**	**6 425**	**3 700**	**3 100**	**3 770**	**3 325**

	Total privé		Société mutualiste		Association		Congrégation		Société	
	Nbre d'actifs	ETP	Nbre d'actifs	ETP	Nbre d'actifs	ETP	Nbre d'actifs	ETP	Nbre d'actifs	ETP
Administration-gestion	**578**	**473**	**74**	**54**	**382**	**319**	**51**	**43**	**71**	**56**
- Direction, gestion	276	245	45	34	175	162	27	25	29	24
- Personnel administratif	302	228	29	20	207	158	24	18	42	32
Services généraux	**1 528**	**1 174**	**296**	**213**	**974**	**744**	**133**	**110**	**125**	**107**
Soins et rééducation	**529**	**325**	**54**	**28**	**354**	**211**	**54**	**39**	**67**	**48**
- Médecins	83	11	16	2	60	8	3	0	4	1
- Psychologues	25	7			19	4	1	1	5	2
- Infirmiers	348	257	35	25	224	164	44	34	45	35
- Psychomotriciens	4	2			1	1			3	1
- Kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthoptistes, pédicure, diététicien	14	4	2	1	10	2	2	1		
- Autres	55	45	1	0	40	32	4	3	10	9
Aides à la personne	**1 549**	**1 313**	**175**	**129**	**1 109**	**944**	**107**	**97**	**158**	**143**
- AMP	131	121	3	2	94	85	10	10	24	23
- Aides-soignants	1 418	1 192	172	126	1 015	859	97	87	134	119
Agents de service auprès des résidents	**1 969**	**1 580**	**56**	**41**	**1 406**	**1 109**	**270**	**237**	**237**	**194**
Autres	**126**	**98**	**4**	**2**	**75**	**58**	**9**	**5**	**38**	**33**
Total	**6 279**	**4 963**	**659**	**467**	**4 300**	**3 385**	**624**	**531**	**696**	**580**

Source : EHPA 2003 (données non redressées) - DREES
** y compris les contrats d'emplois aidés*
non compris les personnels des maisons de retraite rattachées à des établissements de santé

Un actif sur deux est à temps partiel

Une autre caractéristique majeure de l'emploi dans les établissements pour personnes âgées est l'importance des temps partiels (48 % des actifs).

Cette caractéristique concerne toutes les activités, aussi bien le personnel administratif (52 %), que les agents de services auprès des résidents (47 %).

A l'exception des infirmiers, les personnels soignants et de rééducation (médecins, psychologues…), exercent pour des temps de travail très réduits. Ainsi, 85 % des médecins, 61 % des psychologues et 73 % des masseurs-kinésithérapeutes interviennent pour un temps de travail inférieur à 1 journée par semaine et par structure.

Pourcentage d'actifs à temps partiel dans les établissements d'hébergement autonomes pour personnes âgées dans les Pays de la Loire au 01-01-2004

Parmi les établissements ayant répondu à l'enquête

	% d'actifs à temps partiel
Administration-gestion	40,6
- Direction, gestion	*27,2*
- Personnel administratif	*52,5*
Services généraux	51,9
Soins et de rééducation	63,2
- Médecins	*97,1*
- Psychologues	*92,7*
- Infirmiers	*53,2*
- Psychomotriciens	*85,7*
- Kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthoptistes, pédicure, diététicien	*97,0*
- Autres	*55,5*
Aides à la personne	40,6
- AMP	*37,0*
- Aides-soignants	*40,8*
Agents de service auprès des résidents	47,4
Autres	63,4
Total	**48,1**

Source : EHPA 2003 (données non redressées) - DREES
** y compris les contrats d'emplois aidés*
non compris les personnels des maisons de retraite rattachées à des établissements de santé

TROISIEME PARTIE

Aides à domicile, naissance d'une identité collective

SOMMAIRE

Chapitre I - Un champ d'activité aux frontières discutées
Chapitre II - Branche aide à domicile : des enjeux de mieux en mieux perçus
Chapitre III - Des emplois en croissance

CHAPITRE I - UN CHAMP D'ACTIVITE AUX FRONTIERES DISCUTEES

*« Il existe plusieurs centaines de milliers de personnes qui, chaque jour, se rendent au domicile de ménages ou de familles pour les aider dans leur vie quotidienne. Ces personnes, dont les métiers sont très variés, relèvent toutes d'un secteur d'activité que l'on pourrait appeler le secteur des interventions à domicile. De fait, ces professionnels (il s'agit pour l'essentiel de femmes) sont dénombrés par les statistiques officielles dans différentes catégories d'activités : de droit, ils relèvent de deux branches : celle de l'aide à domicile et celle des employés de maison ». **

Une activité partagée entre deux branches professionnelles

Depuis une vingtaine d'années environ, de nombreux rapports ont été publiés concernant les services à domicile, beaucoup d'espoirs de créations d'emplois étant fondés sur le développement de ces activités.

Diverses mesures fiscales ou d'exonérations de charges patronales pour les particuliers ou organismes employeurs ont été adoptées pour favoriser le développement de ces emplois. Les mesures d'embauche ont été simplifiées par l'instauration du Chèque emploi-service (1994). Le titre-emploi service a ensuite été introduit pour favoriser le recours aux services professionnels.
Parallèlement, une procédure d'agrément qualité a été instaurée pour les services qui interviennent auprès des personnes « fragilisées ».

L'actualité récente montre que ces préoccupations restent d'actualité, avec la publication en février 2005 du « Plan de développement des services à la personne », par le ministère de l'emploi et de la cohésion sociale, et l'adoption récente de mesures gouvernementales.

Les professionnels qui interviennent dans ce secteur relèvent de deux branches d'activités ; la branche « aides à domicile », pour laquelle un accord professionnel a été signé en mars 2002, et la branche des « employés de maison », de constitution beaucoup plus ancienne.

Le cas de l'employé de maison qui se rend une fois par semaine dans une famille, en son absence, pour quelques heures de repassage et d'entretien du logement est bien connu et repéré. On peut imaginer que l'activité de cet employé de maison n'a rien à voir avec l'intervention d'un professionnel salarié qualifié d'un service d'aide à domicile aux personnes âgées.

* L'aide à domicile et les employés de maison. Contrat d'étude prospective (CEP), Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ed. La Documentation française, 1999 - p.15 - (Coll. « Prospective Formation Emploi »)

Dans les faits, la frontière est parfois floue entre ces deux modes d'intervention. Un nombre important de salariés relève d'ailleurs de ces deux branches d'activité, réalisant une partie de leur activité comme salarié d'un service prestataire, et complétant leur horaire en emploi direct.

Le choix a été fait de prendre en compte également dans ce chapitre la situation des assistants maternels, qui accueillent, à leur domicile, des enfants, à la journée ou de manière permanente (dans le cadre de l'aide sociale à l'enfance). Ces personnes relèvent de deux statuts différents :

- celui des employés de maison pour les assistants maternels « non permanents »,
- et celui de salariés des conseils généraux ou d'associations pour les assistants maternels « permanents » (devenus par la loi de juillet 2005 les assistants familiaux).

Des frontières discutées, à la limite de l'aide et du soin

De multiples tentatives ont été entreprises pour essayer de préciser le contenu de ces activités.

Pour engager des démarches stratégiques en matière d'emploi dans les différents secteurs d'activité, l'Etat a incité les branches professionnelles à mettre en place des Contrats d'études prospectives (CEP)*. Sous l'égide du ministère du travail, a ainsi été mis en œuvre un CEP commun à ces deux branches, maintenant assez ancien (1996), qui a permis d'engager collectivement, au sein de ces deux branches, une réflexion stratégique sur la nature des emplois à domicile.

Dans ce CEP, les interventions des professionnels s'articulent selon cinq modèles de relation adaptée aux besoins spécifiques de la personne :

- la relation de service,
- la relation d'aide professionnelle,
- la relation éducative,
- la relation de soutien vers l'intégration sociale,
- la relation de soin médicalisé.

Le référentiel des auxiliaires de vie sociale (DEAVS), professionnels qui interviennent auprès des personnes fragilisées (personnes malades, âgées et/ou handicapées), retient une autre approche. Il distingue trois catégories d'activité :

- les **actes ordinaires** de la vie quotidienne (achats alimentaires, préparation des repas, entretien du linge, nettoyage des sols…)
- les **actes essentiels** de la vie quotidienne (habillage, toilette, alimentation, prise de médicaments…)
- les activités de **vie sociale et relationnelle** (développement et maintien de l'équilibre psychologique, des activités de loisirs, gestion des documents familiaux).

* L'aide à domicile et les employés de maison. Contrat d'étude prospective (CEP), Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ed. La Documentation française, 1999 - 315 p. - (Coll. « Prospective Formation Emploi »)

Une distinction est ainsi faite entre aides domestiques (actes ordinaires de la vie quotidienne) et aides aux personnes (actes essentiels de la vie quotidienne), les aides de vie sociale et relationnelle relevant d'un troisième champ d'intervention.

Dans les faits, il n'est pas toujours facile de distinguer dans le contenu de l'intervention ce qui relève de ces différents champs d'activité.

Un aidant professionnel qui se rend au domicile d'une personne âgée pour l'aider dans les tâches domestiques lui apporte souvent également un soutien relationnel. L'intervenant peut aussi lui procurer une aide dans les déplacements à l'intérieur du logement, pour préparer les repas ou s'alimenter…

En théorie, ces différents actes obéissent à des nomenclatures précises : dans les faits, les pratiques sont éminemment variables selon les territoires et selon les situations. Même si chaque intervenant a ses compétences et savoir-faire propres, qui déterminent la légitimité de son action, l'intervention à domicile apparaît d'emblée comme un tout.

Les toilettes et les soins d'hygiène effectués auprès des personnes fragilisées sont au cœur de cette problématique. Ces actes relèvent, selon les cas, d'un professionnel de santé (infirmier ou aide-soignant), d'un auxiliaire de vie sociale, voire d'une personne non qualifiée ou d'un membre de l'entourage (autrefois ces soins d'hygiène relevaient essentiellement de l'entourage immédiat), avec, dans chaque cas, un mode de prescription, et donc de rémunération spécifique.

De l'entraide … aux activités marchandes

En matière d'aides à domicile, plusieurs modèles d'intervention coexistent :
- l'entraide,
- la relation de service,
- la prescription sociale,
- la prescription médicale.

Le schéma le plus ancien, et le plus courant est celui de **l'entraide** : un parent, le conjoint, un voisin ou les descendants apportent leur aide à une personne âgée, handicapée, malade. Cette intervention n'est en général pas rémunérée : c'est le cadre « classique » des échanges sociaux, qui cimente le lien social tout au long de la vie…. (selon les périodes de la vie, on « donne » et on « reçoit » plus ou moins, l'importance de ces échanges étant variable selon l'appartenance sociale).

Dans le cas de l'intervention d'un **professionnel**, les conditions de rémunération de l'aidant sont éminemment variables. Cinq modalités d'interventions différentes coexistent :
- activité non déclarée,
- l'intervenant est salarié de l'usager qui effectue lui-même sa déclaration à l'urssaf (déclaration nominative simplifiée-DNS),

- l'intervenant est salarié de l'usager avec utilisation de chèque-service (déclarations centralisées à l'urssaf de Saint-Etienne),
- l'intervenant est salarié de l'usager qui fait appel à une association prestataire, « mandatée » pour effectuer les opérations administratives et remplir les déclarations de cotisations sociales à la place de l'usager-employeur,
- l'intervenant est salarié d'un prestataire de services (une association, un CCAS, une société commerciale…).

Aujourd'hui, un professionnel peut intervenir selon différentes modalités : comme salarié prestataire, ou en emploi direct.

Le coût des interventions est, en général, supporté directement par l'utilisateur du service lui-même, qui peut bénéficier, selon sa situation, d'aides financières (APA pour les personnes âgées dépendantes, aide sociale du conseil général, aides de mutuelles ou de caisses de prévoyance…).

Le troisième modèle d'intervention est celui de la « **prescription sociale** », qui concerne en particulier les interventions des éducateurs spécialisés ou des techniciens des interventions sociales et familiales (TISF). Ces travailleurs sociaux se rendent dans les familles, soit avec un mandat administratif (conseil général) soit avec un mandat judiciaire, dans le cadre de la protection de l'enfance. Leur intervention est le plus souvent financée par le conseil général (en général, l'usager n'a pas sollicité l'intervention) ou par les caisses d'allocations familiales.

Le dernier cadre d'intervention est celui de la **« prescription médicale** ». L'intervention d'un infirmier, d'un masseur-kinésithérapeute, d'un aide-soignant (SSIAD), d'une pédicure… est prescrite par un médecin, et répond à la demande de l'usager ou de son entourage. Cette intervention est financée (plus ou moins complètement) par l'assurance maladie en fonction de la situation de l'assuré.

CHAPITRE II - BRANCHE DES AIDES A DOMICILE : DES ENJEUX DE MIEUX EN MIEUX PERÇUS !

Malgré les difficultés de repérage qui viennent d'être soulignées, les enjeux du secteur professionnalisé des aides à domicile sont aujourd'hui de mieux en mieux perçus, permettant que se constitue progressivement une véritable identité professionnelle.

En dehors des mesures générales prises pour favoriser le développement des services aux personnes (et notamment l'exonération des charges patronales), plusieurs éléments ont contribué à cette évolution :

- la signature de l'accord de la Branche « aide à domicile » (BAD),
- la mise en place de l'APA,
- la transformation du CAFAD en diplôme d'Etat, et la publication d'un référentiel d'activités.

L'accord de branche

La signature d'un accord de branche entre les représentants des salariés et les organisations d'employeurs d'aides à domicile le 29 mars 2002 est historique. Six fédérations d'employeurs ont signé cet accord : l'ADESSA, la FNAAFP/CSF, la FNAID, la fédération ADMR (aide à domicile en milieu rural), l'Unacss (centres de soins), et l'Unassad (services et soins à domicile).

Cet accord a procuré une réelle amélioration de la situation des salariés du secteur, à la fois en terme de rémunérations (jusqu'à 40 % d'augmentation des rémunérations pour les auxiliaires de vie sociale), et de conditions d'emploi.

Cet accord s'applique à l'ensemble des associations et organismes employeurs privés à but non lucratif qui, à titre principal, ont pour activité d'assurer aux personnes physiques toutes formes d'aide, de soins, d'accompagnement, de services et d'interventions à domicile ou de proximité.

Les associations ou organismes entrant dans le champ d'application de l'accord apparaissent dans la Nomenclature d'activités françaises (NAF) avec les codes suivants :

- 85-3-J (aide à domicile),
- 85-3-K (autres formes d'action sociale),
- 85-1-G. (activités des auxiliaires médicaux).

Parmi les personnels d'intervention, l'accord de branche distingue quatre catégories d'emploi, A-B-C-D, correspondant aux différents niveaux de qualification.

A	Agent à domicile (sans qualification)
B	Employé à domicile (correspondant au titre professionnel d'assistant de vie)
C	Auxiliaire de vie sociale (correspondant au DEAVS)
D	Technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF)

Finalité et activités des différentes catégories d'emplois d'intervention de la « BRANCHE AIDE A DOMICILE »

	Catégorie	Finalité	Activités	Conditions d'accès
Agent à domicile	A1	- activités domestiques et administratives simples auprès des personnes en capacité d'exercer un contrôle et un suivi de celles-ci	- travaux courants d'entretien de la maison - assister la personne dans des démarches administratives simples	Sans qualification particulière
Employé à domicile	B1	. accomplissement des activités domestiques et administratives essentiellement auprès de personnes ne pouvant plus le faire en totale autonomie et/ou rencontrant des difficultés passagères	. aider les personnes dans les actes essentiels et les activités de la vie quotidienne	. BEP carrière sanitaire et sociale . BEPA option services aux personnes, option économie familiale et rurale . CAP petite enfance . titre assistant de vie….
Auxiliaire de vie sociale Aide médico-psychologique Aide-soignant Auxiliaire de puériculture	C1 C2 C3 C4	. accompagnement social et soutien des personnes fragiles ou dépendantes	. accompagnement et aide des personnes dans les activités ordinaires et les actes essentiels de la vie, et la vie sociale . évaluation des besoins	. DEAVS, CAFAD . BEP sanitaire et sociale mention aide à domicile . CAFAMP . DPAS . CAFAP
Technicien de l'intervention sociale et familiale	D1	. apporter un soutien éducatif, technique et psychologique aux publics fragilisés… . soutien à la fonction parentale	. accompagnement pour la réalisation des activités de la vie quotidienne . contribuer à l'aménagement du logement et participation aux activités domestiques…	. TISF

Source : accord de branche

Comme on peut le constater dans le tableau ci-dessus, les catégories d'emplois se différencient moins par le contenu de leurs activités que par la capacité à intervenir auprès de personnes plus ou moins dépendantes ou fragilisées, et à évaluer leurs besoins.

Grâce à cet accord, l'ensemble des (nombreux) diplômes qui permettent d'accéder à ces emplois sont ainsi reconnus au sein de la branche, aux différents niveaux de qualification.

Instauration de l'APA et création de la CNSA

Cinq ans après l'instauration de la Prestation spécifique dépendance (PSD), le lancement de l'APA, le 1er janvier 2002, a également contribué à développer le réseau des interventions du domicile, en solvabilisant les personnes ayant des besoins d'aides. Près de 850 000 personnes percevaient l'allocation à la fin 2004 (près de 40 000 dans les Pays de la Loire), dont 58 % vivent à leur domicile.

Par rapport à la Prestation spécifique dépendance, le nombre de bénéficiaires a été considérablement élargi. Perçoivent l'APA les personnes en GIR 1, 2 et 3 (comme pour la PSD), mais également les personnes en GIR4 (près d'un bénéficiaire de l'APA sur deux).

Pour les personnes vivant à leur domicile, l'évaluation des besoins est effectuée par une équipe médico-sociale du conseil général qui élabore un plan d'aide. Plusieurs solutions s'offrent à l'usager qui peut avoir recours à un service prestataire ou à un emploi direct. Pour les personnes les plus dépendantes, les conseils généraux préconisent le recours à un service prestataire.*

Pour répondre aux nouveaux besoins d'aides à domicile (APA, compensation du handicap), les pouvoirs publics ont créé une nouvelle contribution sociale, dont les ressources sont gérées par la Caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA), puis réparties entre les conseils généraux.
Les fonds de la CNSA sont notamment mobilisés pour financer la modernisation des services professionnels d'aides à domicile.

Ce mouvement de qualification des emplois d'aides à domicile a toutefois des limites importantes. Les employeurs sont, en effet, dépendant des ressources dont ils disposent, et donc des tarifs pratiqués par les conseils généraux pour le financement des interventions dans le cadre de l'APA.

Le CAFAD devient un diplôme d'Etat

Enfin, la création du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) en 2002, en remplacement du Certificat d'aptitude à la fonction d'aide à domicile (CAFAD), participe également à une meilleure reconnaissance de l'importance des activités d'aide à domicile.

*Les titulaires du diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale interviennent auprès des familles, des enfants, des personnes âgées, des personnes malades et des personnes handicapées, pour une aide à dans la vie quotidienne, le maintien à domicile, la préservation, la restauration et la stimulation de l'autonomie des personnes, leur insertion sociale et la lutte contre l'exclusion.***

* L'évaluation de la perte d'autonomie s'effectue à l'aide d'une grille d'évaluation de la dépendance, la grille AGGIR, qui détermine six niveaux d'autonomie de GIR1 (personnes grabataires) à GIR6 (personnes autonomes).

** décret n° 2002-410 du 26 mars 2002 instituant le diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale

Comme en témoigne ce texte, les auxiliaires de vie sociale (AVS) sont formés pour intervenir auprès des différents publics fragilisés : enfants, personnes âgées et/ou handicapées, personnes malades, pour une aide à la vie quotidienne et à l'autonomie.
La création de ce diplôme doit aussi être appréciée dans une perspective plus globale de décloisonnement des formations d'aidants auprès de personnes âgées, malades et/ou handicapées.
Par ailleurs, ce diplôme est maintenant accessible par la voix de la Validation des acquis de l'expérience (VAE).

La loi du 2 janvier 2002

L'autre disposition, qui a permis d'insérer véritablement la Branche « aides à domicile » dans le champ de l'intervention sociale, est la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Celle-ci considère en effet que les services professionnels d'aides à domicile qui accueillent des personnes fragiles sont des « services sociaux ou médico-sociaux », et doivent donc faire l'objet du même régime d'autorisation que les établissements pour personnes âgées ou pour personnes handicapées. Leur autorisation de fonctionner est soumise à l'avis du Comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS).

La précarité reste souvent attachée à ce type d'emplois

Malgré ces améliorations sensibles, une certaine précarité reste attachée à l'exercice de ces activités. Cela tient notamment au rythme journalier des actes d'aides à la personne (aides au lever et au coucher), qui impose un cadre d'intervention à des moments précis de la journée, les emplois proposés étant alors essentiellement à temps partiel, voire très partiel.

Par ailleurs, certains professionnels se trouvent parfois dans des situations de multiemployeurs, exerçant pour ces différents employeurs avec des statuts différents (branche aides à domicile, branche employés de maison).

L'emploi d'aidant offre, en général, une grande autonomie d'action et une relative liberté d'organisation dans le travail. La relation d'aide est souvent riche d'échanges. Mais les conditions de travail peuvent être parfois difficiles dans le cadre d'interventions auprès de personnes dépendantes (lever et déplacer des personnes grabataires, situations familiales critiques, prise en charge de personnes souffrant de démences…).

Dans le cadre du plan de modernisation des services à domicile lié à la mise en place de l'APA, les fédérations d'employeurs ont tenté d'apporter des réponses à ces différentes situations, en améliorant la qualification de leurs employés, et en développant les fonctions d'encadrement, dans la limite des moyens qui leur sont alloués.

CHAPITRE III - DES EMPLOIS EN CROISSANCE

Grâce aux différentes politiques mises en œuvre, le secteur des aides à domicile connaît un développement important, que l'on peut mesurer à l'aide des indicateurs existants.

La branche « aide à domicile » (BAD)

Au plan national
La DREES (Direction de la recherche, et des études statistiques des ministères chargés des affaires sociales et de la santé) a réalisé en 1999 (avant la mise en place de l'APA) une enquête (SAPAD) afin de recenser les emplois dans les 7 000 services d'aide à domicile, détenteurs de l'agrément qualité, habilités à intervenir auprès des personnes âgées, handicapées, et des familles ayant des enfants de moins de trois ans. 70 % de ces services sont gérés par une association, et 20 % par un Centre communal d'action sociale (CCAS).*

69 % des services ont déclaré exercer une activité mandataire (6 % des services exerçant exclusivement une activité mandataire). Près de 210 000 emplois ont été recensés au plan national dans ces services, dont 194 000 aides à domicile, et 5 500 techniciens d'intervention sociale et familiale (TISF).

Les 7 000 services ont délivré une aide auprès de 1,4 million de bénéficiaires, dont 80 % sont âgés de 60 ans ou plus. Un tiers des bénéficiaires sont physiquement dépendants. Les aides délivrées sont majoritairement des aides domestiques ; moins d'un tiers des personnes âgées aidées ont reçu une aide à la personne. Les personnes handicapées représentent 3 % des personnes aidées.

Parmi les intervenants à domicile, 18 % ont un diplôme professionnel. Une personne sur deux ne dispose d'aucun diplôme professionnel et n'a bénéficié d'aucune formation à l'exercice de son métier.

D'après les estimations issues de l'enquête emploi (voir ci-dessous), le nombre d'intervenants à domicile dans les services professionnels aurait doublé entre 1994 et 1999 au plan national. Mais, cette enquête donne une estimation plus faible des emplois de ce secteur que l'enquête SAPAD (176 000 emplois dans l'enquête emploi contre 194 000 dans l'enquête SAPAD).

L'enquête emploi
L'enquête emploi de l'INSEE est réalisée annuellement auprès d'un échantillon de « ménages ordinaires » représentatif de la population française, sur l'activité ou l'inactivité, l'emploi, la recherche d'emploi, la formation et de nombreux thèmes liés à l'activité des individus, permettant une mesure de celle-ci compatible avec les concepts du Bureau international du travail (BIT). Lorsque les aides à domicile sont employées par un service d'aide prestataire, l'activité du service est repérée par le code NAF 853J.

* Le personnel des services d'aide à domicile en 1999, S. Bressé, « Etudes et Résultats », n° 297, mars 2004 - DREES - p.6

Dans les Pays de la Loire

On dispose, pour les Pays de la Loire, de données relativement précises en matière d'emplois, grâce aux statistiques fournies par les employeurs de la branche. Ce recensement est toutefois incomplet puisqu'il ne couvre pas les emplois des services à domicile des établissements de santé (SSIAD), des centres communaux d'action sociale (CCAS), ou des sociétés commerciales, qui ne relèvent pas de l'accord de branche.

Evolution des emplois dans la branche aides à domicile PAYS DE LA LOIRE (effectifs employés)

	2002	2003	2004	Evolution 2004/2002
Aides à domicile	9 284	9 594	9 715	+ 4,6 %
A	6667	6657	6431	
B	776	1013	1256	
C	1836	1928	2028	
TISF	581	559	542	- 7 %
TOTAL PRESTATAIRE	**9 865**	**10 153**	**10 257**	**+ 4 %**
Dont mandataire	*3485*	*3451*	*3324*	*-4,6 %*
MANDATAIRE « EXCLUSIF »	**3 260**	**3186**	**3116**	**- 4,4 %**
TOTAL MANDATAIRE	**6 745**	**6 637**	**6 440**	**- 4,5 %**

Source : comité de pilotage des services associatifs d'aide à domicile

Au cours de la période 2002-2004, qui correspond à la montée en charge de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), **le nombre de salariés** des services prestataires a progressé de 4 %, pour atteindre 10 200 en 2004, avec toutefois une faible progression des effectifs entre 2003 et 2004 (+ 1 %).

Ce secteur est marqué par un **turn-over important**, qui serait compris entre 10 % et 15 % selon les employeurs. Les intervenants **les plus qualifiés** (groupe C) représentent un **emploi sur cinq** en 2004, soit la même proportion qu'en 2002.

3 324 professionnels, soit 32 % des effectifs salariés, ont un **double statut** : ils sont à la fois salariés des services professionnels tout en intervenant en « mandataire », même si leur activité « prestataire » est en général majoritaire. L'emploi en **mandataire est en recul (**- 4,5 %). On observe également une baisse du nombre de techniciens en intervention sociale et familiale (TISF) employés par les services prestataires (- 7 %).

Evolution des heures travaillées dans la branche aides à domicile PAYS DE LA LOIRE

	2002	2003	2004	Evolution 2004/2002
Aides à domicile	6 474 762	7 529 368	8 009 969	+ 23,7 %
dont heures APA	*1 544 346*	*2 498 023*	*2 904 391*	*+ 88 %*
TISF	629 518	600 464	575 464	- 8,5 %
TOTAL PRESTATAIRE	**7 104 280**	**8 129 832**	**8 585 433**	**+ 20,8 %**
Activité mandataire	3 491 904	3 511 156	3 432 867	- 1,7 %
dont APA	*179 823*	*899 518*	*1 052 657*	*+ 585 %*
ACTIVITE TOTALE	**10 596 184**	**11 640 987**	**12 018 300**	**+ 13,4 %**

Source : comité de pilotage des services associatifs d'aide à domicile

Alors que le nombre de personnes employées par les services a augmenté de 4 % en deux ans, le nombre **d'heures travaillées** a progressé de 21 %, progression essentiellement due à la mise en œuvre de l'APA. Les heures financées par l'APA représentent en 2004 le tiers des heures effectuées.

L'instauration de l'APA s'est donc traduite principalement, non par une forte croissance des emplois, mais par une augmentation du temps de travail des actifs employés.

Parallèlement, le nombre d'heures effectuées en mandataire est pratiquement stable au cours de la période 2002-2004, et représentent 28 % du nombre total d'heures effectuées par ces services.

On peut estimer que les 10 200 employés des services prestataires correspondent environ à 5 300 équivalents temps plein (non compris le temps travaillé en mandataire qui correspond à 2 100 ETP).

La branche « employés de maison »

Pour la branche professionnelle des employés de maison, les données fournies par l'IRCEM, organisme de retraite complémentaire, auquel cotisent obligatoirement les particuliers employeurs, semblent une source d'information exhaustive.

Ces statistiques incluent l'ensemble des employés de maison, quel que soit leur statut :
- mandataire (via un service professionnel),
- emploi direct avec déclaration nominative simplifiée (DNS),
- chèque-service.

Bien que certains salariés soient embauchés par plusieurs employeurs différents avec des modalités de rémunération distinctes (DNS et chèque service), l'IRCEM semble en mesure de décompter les doublons.

Evolution des emplois d'employés de maison, et du nombre d'employeurs (hors assistants maternels)
PAYS DE LA LOIRE (au cours du 2ème trimestre)

	2000	2002	2004	Evolution 2004/2000
Nombre d'actifs				
Déclaration nominative simplifiée (DNS)	24 440	21 574	19 892	- 19 %
Chèque emploi-service (CES)	26 083	29 324	32 791	+ 26 %
TOTAL (non compris les doublons)	39 315	39 984	42 461	+ 8 %
Nombre d'employeurs	87 954	95 319	101 784	+ 15,7 %

Source : IRCEM

D'après l'IRCEM, on recense **42 400 actifs en emploi direct** dans la région en 2004 contre 30 000 dix ans plus tôt. En quatre ans, le nombre d'actifs employés dans les Pays de la Loire a augmenté de 8 %, et le nombre d'employeurs de 16 %.
Le succès du chèque emploi-service se confirme, avec une progression de 26 % en quatre ans du nombre d'actifs rémunérés selon cette modalité, alors que le nombre d'actifs rémunérés en déclarations nominatives simplifiées recule de manière sensible (-19 %).

Evolution des heures travaillées d'employés de maison (hors assistants maternels)
PAYS DE LA LOIRE (au cours du 2ème trimestre)

	2000	2002	2004	Evolution 2004/2000
Déclaration nominative simplifiée (DNS)	3 310 508	2 757 419	2 462 014	- 26 %
Chèque emploi-service (CES)	2 081 907	2 767 574	3 117 811	+ 50 %
TOTAL	5 392 415	5 524 993	5 579 825	+ 3,5 %

Source : IRCEM
L'IRCEM estime qu'environ 20 % des salariés sont rémunérés à la fois en DNS et en chèque emploi-service.

En quatre ans, l'augmentation **du nombre d'heures travaillées** est de 3,5 %. Elle est deux fois moins importante que la progression du nombre d'actifs (+ 8 %) et quatre fois moins importante que l'augmentation du nombre d'employeurs (+ 16 %). Entre 2002 et 2004 (période de montée en charge de l'APA), le nombre d'heures travaillées est resté pratiquement stable.

Cela signifie que la montée en charge de l'APA a essentiellement bénéficié au secteur professionnalisé des aides à domicile (services prestataires).

Par ailleurs, les modalités de rémunération des intervenants du domicile évoluent rapidement, le chèque emploi-services (CES) étant maintenant le mode le plus couramment utilisé (56 % des heures et 77 % des actifs en 2004).

Au plan national, le nombre d'emplois serait passé de 460 000 salariés en 1994 à 770 000 en 2004. Au cours de la période 2000-2004, le nombre d'employeurs est en progression de 21 % (16 % dans les Pays de la Loire) : 1,6 million de personnes ont eu recours à un employé de maison au cours du second semestre 2004.

Le nombre d'actifs employés est en progression, de 15 % contre 8 % dans les Pays de la Loire (2000-2004). Enfin, le nombre d'heures travaillées (436 millions en 2004) progresse de 10,8 % en quatre ans contre 3,4 % dans les Pays de la Loire.

On observe donc une augmentation beaucoup plus importante, au plan national que dans la région, du nombre d'employeurs comme du nombre d'actifs ou d'heures travaillées. Ces évolutions différentes entre la situation régionale et la situation nationale peuvent avoir plusieurs causes :

- un effet revenu (l'accès à des services professionnels est fortement conditionné par le niveau de revenu),
- l'importance du secteur des aides à domicile associatifs dans les Pays de la Loire, qui est parvenu à mobiliser une partie importante des heures attribuées dans le cadre de l'APA.

Assistant maternel

Selon la même source, on dénombre près de **25 000 assistants maternels** inscrits auprès de l'IRCEM dans les Pays de la Loire en 2004, effectif en progression de 6,5 % par rapport à 2000 (252 000 au plan national).
69 000 familles (634 157 au plan national) ont fait appel à un assistant maternel (déclaré) dans la région en 2004.

Comparaison Pays de la Loire-France du nombre d'assistants maternels par habitant de moins de trois ans, et du taux d'équipement en accueil collectif (pour mille naissances)

2e trimestre 2004	Pays de la Loire	France
Assistant maternel (effectif)	24 888	252 193
Naissances 2002-2004	129 800 (e)	2 279 939 (e)
Ratio AM/naissances (pour mille)	192	111
Taux d'équipement en accueil collectif	63	101

Source : DRASS - IRCEM
(e) : estimation

On observe une situation tout à fait particulière dans les Pays de la Loire avec un recours massif aux assistants maternels : le ratio nombre d'assistants maternels rapporté au nombre de naissances estimé 2002-2004 est supérieur de 73 % dans la région par rapport à la moyenne française.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette situation en Pays de la Loire. Les équipements collectifs de la petite enfance sont peu développés, avec un taux d'équipement moyen dans la région de 63 places pour mille enfants nés au cours des trois dernières années, inférieur de 38 % au taux national (101 pour mille). Le département le mieux équipé est la Loire-Atlantique (87 pour mille), devant le Maine-et-Loire (68 pour mille) et la Mayenne (54 pour mille). En Sarthe et en Vendée, le taux d'équipement départemental représente le tiers du taux d'équipement moyen français.

Les besoins d'accueil pour la petite enfance sont aussi dépendants du niveau de scolarisation des enfants de moins de trois ans, qui peut être variable selon les territoires. Par ailleurs, la proportion d'assistants maternels « non déclarés » n'est pas connue.

Le nouveau statut adopté par le Parlement en juin dernier distingue dorénavant :
- **les assistants maternels**, qui accueillent de façon non permanente les mineurs à leur domicile,
- **les assistants familiaux** qui accueillent des mineurs dans le cadre de la politique de protection de l'enfance, d'un service d'accueil familial thérapeutique ou d'un dispositif médico-social, et qui relèvent du champ de l'intervention sociale.

Une obligation de formation a été introduite par la loi pour ces professionnels.

Bilan général

A partir de ces différentes données, on peut estimer à plus de 74 000 personnes le nombre d'actifs employés dans le secteur des aides à domicile, 49 000 dans le champ des interventions à domicile et 25 000 comme assistants maternels.

Cette estimation est à rapprocher du dénombrement des actifs ayant un emploi effectué au moment du recensement de la population (1999). D'après cette source, le nombre d'emplois d'aides à domicile et d'assistants maternels serait proche de 40 000 personnes dans les Pays de la Loire, et 15 000 personnes se déclarent comme employées de maison (en 1999), soit un total de 55 000 actifs employés.

Tableau récapitulatif des effectifs employés dans le secteur des aides à domicile

		Effectif 2004	Nombre d'heures annuel	ETP (estimation)	Nombre d'employeurs
Branche « aides à domicile »	**a**	**10 257**	**8 585 433**	**5 300**	
Dont mandataires et prestataires	*b*	*3 324*			
Branche « employés de maison »	**c**	**42 461**	**22 319 300 (e)**	**13 900**	**101 784**
dont chèque emploi-service	*d*	*32 791*			
Assistant maternel	**e**	**24 888**			**68 871**
TOTAL (estimation)	**f**	**74 282**			

Source : IRCEM - BAD

. c : le nombre d'heures annuelles est estimé en multipliant le nombre d'heures du trimestre par quatre

. le nombre d'équivalent temps-plein est calculé en divisant le nombre total d'heures par 1 607

. b est inclus dans c

. f = a-b+c+e - Dans cette estimation, pour éviter les double-comptes, les aidants des services à domicile ayant un double statut (service prestataire et mandataire) sont déduits du total des emplois de la BAD, puisqu'ils sont comptés par ailleurs dans la BEM. Ce dénombrement ne prend pas en compte les salariés des services prestataires qui relèvent des CCAS ou de sociétés commerciales (3 700 salariés au plan national).

. Dans cette estimation, ne sont pas pris en compte les emplois non déclarés.

QUATRIEME PARTIE

L'emploi dans le secteur des soins de proximité

SOMMAIRE

Chapitre I - Les soins de proximité mobilisent des ressources plus importantes que les établissements de santé

Chapitre II - La densité médicale a déjà amorcé son recul

CHAPITRE I - LES SOINS DE PROXIMITE MOBILISENT DES RESSOURCES PLUS IMPORTANTES QUE LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Il n'existe pas de définition reconnue des « soins de proximité », le terme le plus proche étant celui de soins ambulatoires. On peut regrouper sous ce terme l'ensemble des activités de soins qui contribuent à la prise en charge des patients au plus près de leur domicile.

Les « soins de proximité » comprennent alors :
- les soins médicaux (spécialisés ou non), dentaires, infirmiers, de rééducation… délivrés en cabinet ou au domicile (voire en centre de soins pour les infirmiers les centres médico-psychologiques, et les SSIAD),
- les officines pharmaceutiques,
- les laboratoires d'analyses médicales,
- les entreprises de transport sanitaire.

Au cours des 20 dernières années, ce secteur s'est profondément développé que ce soit du côté de l'offre (nombre de professionnels) ou du coté du recours (consommation).

Selon les comptes nationaux de la santé, **la part des dépenses hospitalières** (publiques, privées et y compris les soins en sections médicalisées) dans la consommation de soins et de biens médicaux **s'est d'ailleurs réduite de manière importante** : de 55 % en 1982 à 44 % en 2003.

A l'inverse, la part des soins ambulatoires a augmenté (24 % en 1982, 27 % en 2003), comme celle des médicaments (17 %, 21 %). Au total, les soins ambulatoires, les médicaments et les transports représentent environ la moitié de la consommation de soins et de biens médicaux (en 2003).

Comptes nationaux de la santé 2003 : consommation de soins et de biens médicaux

	Montants 2003 en millions d'euros
Soins hospitaliers et en sections médicalisées	64 111
Soins ambulatoires	38 769
Transports de malades	2 391
Médicaments	30 378
Autres biens médicaux	8 645
Consommation de soins et de biens médicaux	144 294

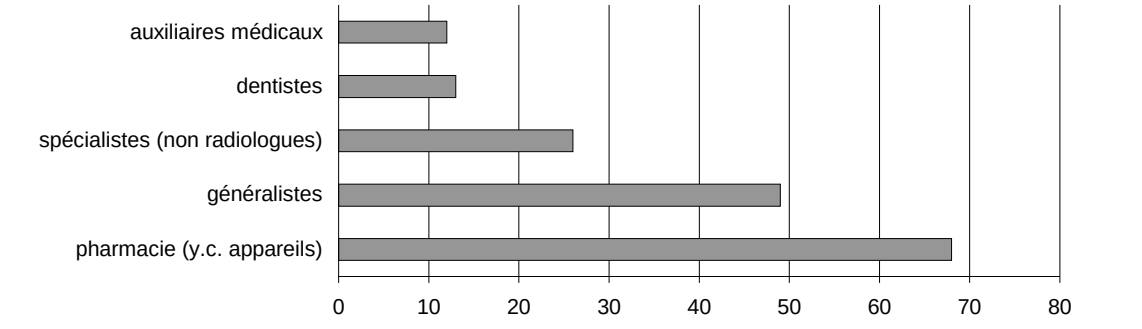
Sources : Drees, Insee

Le pharmacien est le professionnel auquel les personnes ont le plus fréquemment recours

Méthodologie
Les données des enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux de 1970, 1981 et 1991 permettent d'analyser la consommation de santé des Français et de la suivre au cours du temps. Cette enquête a été reconduite en 2002, mais les données ne sont pas disponibles à ce jour.

D'après les données de l'enquête décennale sur les soins et les biens médicaux (1991-1992), 68 % des personnes vivant à domicile ont acquis des produits pharmaceutiques en trois mois. Le pharmacien est ainsi le professionnel de santé auquel les personnes ont le plus fréquemment recours.
Par ailleurs, en trois mois, 49 % des personnes vivant à domicile ont eu recours à un médecin généraliste, 26 % à un médecin spécialiste, 13 % à un chirurgien dentiste et 12 % à un auxiliaire médical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, autre…).

Taux de consommateurs en 3 mois (en %) en 1991



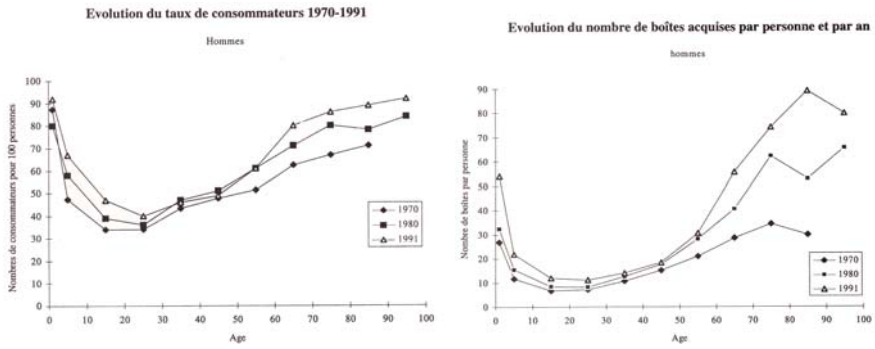
Source : enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 1991-1992 INSEE-IRDES

Des recours aux soins qui ont fortement augmenté au cours des décennies 70 et 80, en particulier chez les personnes âgées

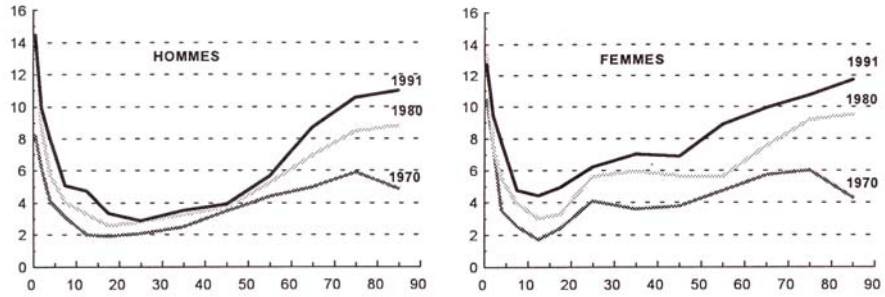
Les taux de consommateurs en sont plus élevés aux âges extrêmes de la vie pour les produits pharmaceutiques, les soins médicaux et les soins infirmiers. Cette distribution est différente pour les soins dentaires avec un taux plus élevé chez les 10-14 ans.

Au cours des décennies 70 et 80, la consommation de médicaments (en volume), le recours aux médecins et le recours aux soins infirmiers ont fortement augmenté, en particulier chez les personnes âgées.

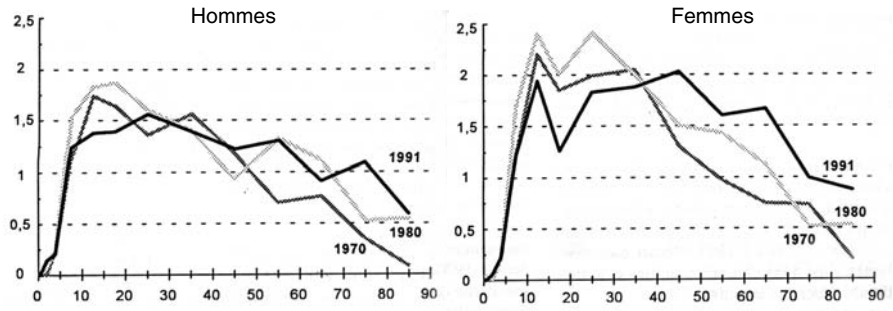
Taux de consommateurs de produits pharmaceutiques en 3 mois (en %) et consommation pharmaceutique en volume sur une année en 1970, 1980 et 1991 chez les hommes



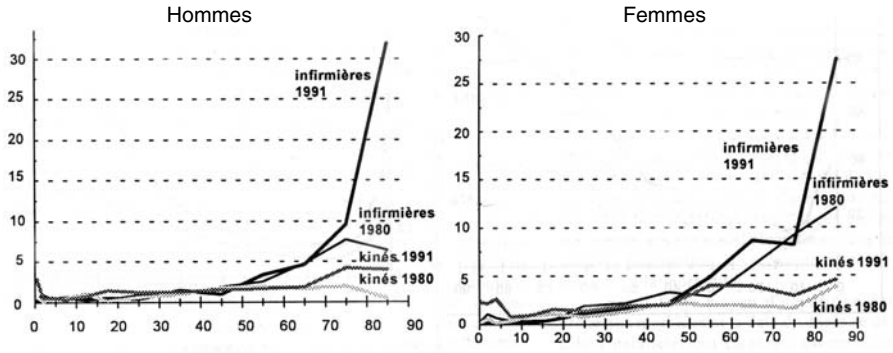
Séances de médecin par individu et par an selon le sexe et l'âge



Séances de dentiste par individu et par an selon le sexe et l'âge



Séances d'infirmière et de kinésithérapeutes par individu et par an selon le sexe et l'âge



Source : Source : INSEE - enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992 - SESI - Solidarité santé n°1 - 1994

CHAPITRE II - LA DENSITE MEDICALE A AMORCE SON RECUL

Les cabinets médicaux : 5 300 médecins libéraux et 3 200 salariés

Au 1er janvier 2004, le Système National Inter régimes (SNIR) géré par la CNAMTS recense 5 272 médecins libéraux dans les Pays de la Loire qui exercent en cabinet libéral mais aussi dans les établissements de santé privés.

3 116 (59 %) sont omnipraticiens (généralistes ou médecins exerçant un exercice particulier), et 2 156 sont spécialistes (41 %).

Les spécialités les plus représentées sont la psychiatrie (254 praticiens), la radiologie (227), la gynécologie (212) et l'ophtalmologie (209).

Nombre de médecins libéraux dans la région des Pays de la Loire (au 1er janvier)

	1992	1997	2002	2003	2004
Omnipraticiens*	**2 879**	**3 030**	**3 109**	**3 114**	**3 116**
Anesthésistes	139	160	161	166	170
Cardiologues	127	140	143	143	145
Chirurgiens	129	142	137	135	135
Dermatologues	111	129	122	125	124
Radiologues	182	200	220	225	227
Gynécologues	214	226	218	220	212
Appareil digestif	75	83	85	85	88
Médecine interne	22	20	16	15	16
Neuro-chirurgiens	1	1	1	1	2
ORL	78	81	84	86	86
Pédiatres	100	99	89	88	83
Pneumologues	39	40	45	43	43
Rhumatologues	73	76	81	82	80
Ophtalmologues	194	207	201	205	209
Urologues	10	21	29	32	32
Neuro-psychiatres	34	18	4	4	2
Stomatologues	61	59	58	57	55
RRF	30	25	22	21	20
Neurologues	26	29	30	30	31
Psychiatres	197	245	258	255	254
Néphrologues	1	4	7	4	4
Anatomopathologistes	14	16	27	26	27
Chirurgiens-orthopédiques	50	72	83	83	87
Endocrinologues	10	14	23	24	24
Total spécialistes	**1 917**	**2 107**	**2 144**	**2 155**	**2 156**
LIBERAUX **	**4 796**	**5 137**	**5 253**	**5 269**	**5 272**

Source : SNIR - CNAMTS

** les omnipraticiens regroupent les généralistes et les médecins à mode d'exercice particulier (homéopathes, acupuncteurs...)*

La baisse de la densité médicale est déjà amorcée en secteur libéral

Le nombre de médecins libéraux a augmenté de façon importante entre le début des années 80 et le milieu des années 90, +2,5 % par an entre 1981 et 1997 pour les omnipraticiens, et +3,7 % pour les spécialistes.
Ces augmentations ont été plus importantes dans les Pays de la Loire qu'au plan national (+2,0 % ; +3,3 %).

Depuis cette période, la croissance de la démographie médicale s'est nettement ralentie dans la région, pour les généralistes comme pour les spécialistes. Certaines spécialités médicales connaissent même une baisse de leurs effectifs (dermatologues, gynécologues, pédiatres).

La part des médecins spécialistes s'est amplifiée puisqu'ils représentent aujourd'hui 41 % des médecins libéraux contre 36 % au début des années 80.

Malgré cette évolution plus favorable des effectifs de médecins observée dans les Pays de la Loire, la densité médicale régionale, qui rapporte le nombre de médecins à l'effectif de la population, est restée inférieure à la moyenne nationale et l'écart s'est même amplifié pour les spécialistes libéraux. Au 1er janvier 2004, on compte 94 médecins omnipraticiens pour 100 000 habitants (102 en France), et 65 médecins spécialistes pour 100 000 habitants (89 en France).

Cette situation générale masque des disparités très fortes à l'intérieur de la région. La densité de médecins omnipraticiens est nettement plus faible en Mayenne (79 pour 100 000 habitants) et en Sarthe (85) que dans les autres départements de la région.

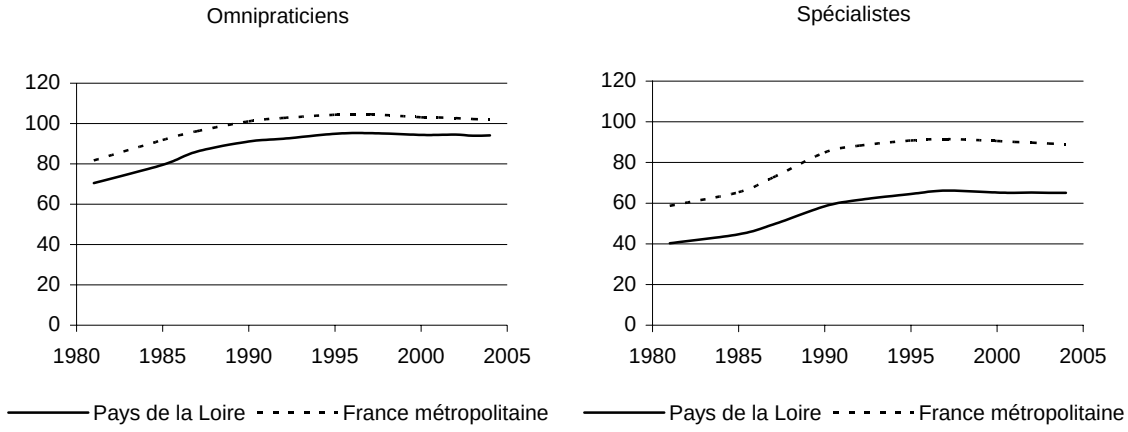
Les écarts sont particulièrement marqués en matière de **spécialistes**, avec une densité en Mayenne (44) inférieure de moitié à la moyenne française. On observe également une faible densité en Vendée (49).

Evolution du nombre et de la densité de médecins libéraux

	1981	1987	1992	1997	2002	2004
Omnipraticiens libéraux						
Effectifs P de Loire	2 046	2 599	2 879	3 030	3 109	3 116
Densité P de Loire	70,5	86,1	92,5	95,2	94,5	94,1
Densité France	81,7	96,2	102,8	104,6	102,7	101,9
Spécialistes libéraux						
Effectifs P de Loire	1 170	1 496	1 917	2 107	2 144	2 156
Densité P de Loire	40,3	49,5	61,6	66,2	65,2	65,1
Densité France	58,7	72,6	88,3	91,5	89,8	89,1

Sources : SNIR - CNAMTS, INSEE

Evolution de la densité médicale dans les Pays de la Loire et en France



Sources : SNIR - CNAMTS, INSEE

Les médecins libéraux sont aussi employeurs. D'après les Déclarations annuelles de données sociales (DADS), on dénombre au 1er janvier 2003, 3 183 salariés dans les cabinets médicaux libéraux.

L'emploi dans les cabinets médicaux au 1er janvier 2004 dans les Pays de la Loire

	Effectif	Source
Médecins libéraux	5 272	*Au 1er janvier 2004, SNIR - CNAMTS*
Salariés	3 183	*Au 1er janvier 2003, DADS (code APE 85-1C) - INSEE*

Sources : SNIR - CNAMTS ; DADS

Soins dentaires : le nombre de dentistes par habitant a commencé à baisser

Au 1er janvier 2004, le Système National Inter régimes (SNIR) géré par la CNAMTS recense 1 739 chirurgiens-dentistes (et orthodontistes) libéraux dans les Pays de la Loire.

Le nombre de chirurgiens-dentistes a augmenté de façon importante au début des années 80 dans les Pays de la Loire (+3,6 % en moyenne chaque année entre 1981 et 1987), comme au plan national (+2,9 %). La progression s'est ensuite nettement ralentie jusqu'au milieu des années 90 (respectivement +1,0 % et +0,8 % par an entre 1987 et 1997). Depuis cette période, le nombre de chirurgiens-dentistes est resté relativement stable.

Malgré une évolution des effectifs plus favorable qu'au plan national, la densité de chirurgiens-dentistes régionale, qui rapporte le nombre de chirurgiens-dentistes à l'effectif de la population, est restée inférieure à la moyenne nationale. Au 1er janvier

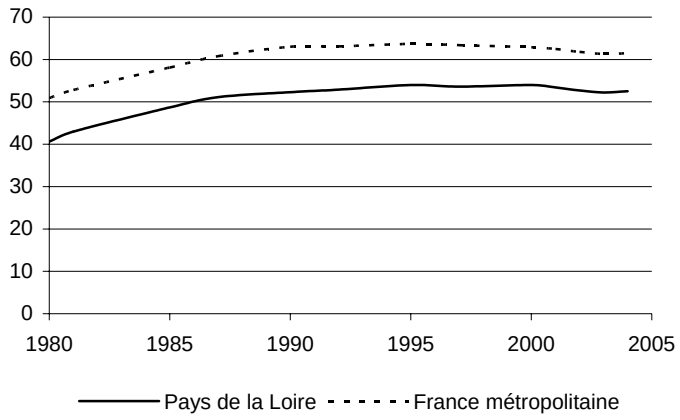
2004 on compte 52 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants dans les Pays de la Loire (61 en France),

Evolution du nombre et de la densité de dentistes libéraux dans les Pays de la Loire

	1981	1987	1992	1997	2002	2004
Chirurgiens-dentistes libéraux						
Effectifs PDL	1 247	1 544	1 646	1 707	1 733	1 739
Densité PDL	43,0	51,1	52,9	53,6	52,7	52,5
Densité France	52,8	60,8	63,1	63,4	61,8	61,5

Sources : SNIR – CNAMTS ; INSEE

Evolution de la densité de chirurgiens-dentistes dans les Pays de la Loire et en France



Sources : SNIR - CNAMTS ; INSEE

Les chirurgiens-dentistes emploient 1 212 salariés au 1er janvier 2003 selon les statistiques des DADS.

L'emploi dans les cabinets dentaires au 1er janvier 2004

	Effectif	Source
Chirurgiens-dentistes libéraux	1 739	*Au 1er janvier 2004 - SNIR - CNAMTS*
Salariés	1 212	*Au 1er janvier 2003 - DADS (code APE 85-1E) - INSEE*

Sources : SNIR - CNAMTS ; DADS

Les sages-femmes

Au 1er janvier 2004, le Système National Inter régimes (SNIR) géré par la CNAMTS recense 140 sages-femmes libérales dans les Pays de la Loire.

Les soins infirmiers de proximité

Les soins infirmiers de proximité sont délivrés selon trois modes d'intervention différents :

- les infirmiers libéraux,
- les centres de soins infirmiers ?
- les services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SSIAD).

• Les infirmiers libéraux sont appelés à intervenir auprès de patients de tous âges et effectuent soit des actes médicaux infirmiers (côtés AMI à la NGAP) soit des soins de nursing (AIS).

• Les centres de soins infirmiers (CSI) assurent, selon les mêmes règles d'intervention, les soins infirmiers sur prescription médicale : injections, pansements, soins d'hygiène et sont ouverts à l'ensemble de la population sans restriction d'âge. Dans ces structures, gérées par des organismes à but non lucratif ou des collectivités locales, les professionnels de santé exercent comme salariés, les actes de soins étant rémunérés à l'acte comme pour les infirmiers libéraux.

• Les SSIAD interviennent principalement auprès des personnes âgées dépendantes pour différer leur hospitalisation ou faciliter leur retour à domicile après un séjour à l'hôpital. La plupart des actes effectués sont des soins de nursing réalisés par des aides-soignants. Les infirmiers salariés exercent principalement des tâches de coordination. Les Ssiad peuvent avoir aussi recours à des infirmiers du secteur libéral (qu'ils rémunèrent à l'acte) pour des actes médicaux infirmiers, plus techniques.

Le secteur des soins infirmiers de proximité rassemble dans les Pays de la Loire environ 2 305 infirmiers, dont 1 657 exercent en secteur libéral, 497 sont salariés d'un centre de soins infirmiers et 191 d'un service de soins infirmiers à domicile.

L'emploi dans le secteur des soins infirmiers de proximité dans les Pays de la Loire

	Effectif	Source
Infirmiers		
Infirmiers libéraux	1 657	*Au 1er janvier 2004 - SNIR - CNAMTS*
Infirmiers salariés des CSI	497	*En 2002 - Enquête DRASS*
Infirmiers salariés des Ssiad	191	*En 2002 - Enquête DREES-DRASS*
Aides soignants		
Aides-soignants salariés des Ssiad	1 266	*En 2002 - Enquête DREES-DRASS*

Sources : SNIR - CNAMTS ; DREES-DRASS

Les infirmiers libéraux

La région se distingue par une densité d'infirmiers libéraux nettement inférieure à la moyenne nationale (50 pour 100 000 habitants versus 82 au 1er janvier 2004). Cette différence est en partie compensée par une densité d'infirmiers exerçant en centre de soins infirmiers plus favorable dans les Pays de la Loire par rapport à la moyenne

nationale. L'écart n'est toutefois pas quantifiable car le nombre national d'infirmiers salariés des CSI n'est pas recensé.

Entre le milieu des années 80 et le milieu des années 90, le nombre d'infirmiers libéraux a augmenté de façon importante dans la région des Pays de la Loire (+4,5 % par an entre 1985 et 1995), mais cette forte croissance est plus modérée que celle observée en France (+5,7 %). Depuis cette période, la progression du nombre d'infirmiers libéraux s'est ralentie (+1,4 % et +1,1 % par an entre 1985 et 2004).

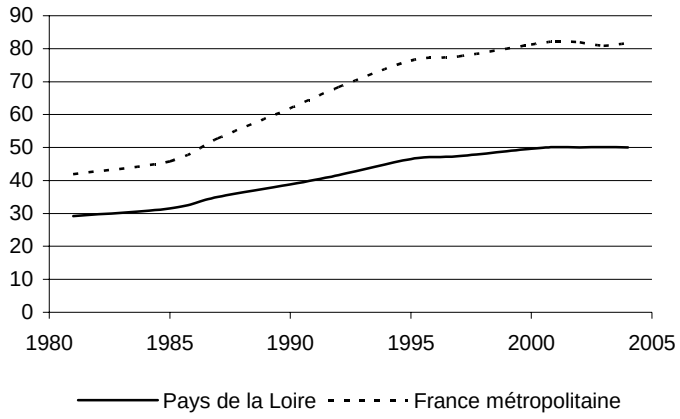
Entre le milieu des années 80 et le milieu des années 90, l'écart entre la densité régionale et la densité nationale s'est accentué. Au 1er janvier 2004, on compte 50 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants dans les Pays de la Loire contre 82 en France.

Evolution du nombre et de la densité d'infirmiers libéraux dans les Pays de la Loire

	1981	1987	1992	1997	2002	2004
Infirmiers libéraux						
Effectifs PDL	847	1 057	1 293	1 509	1 643	1 657
Densité PDL	29,2	35,0	41,6	47,4	50,0	50,0
Densité France	41,9	52,7	68,3	77,6	81,9	81,6

Sources : SNIR - CNAMTS, INSEE

Evolution de la densité d'infirmiers libéraux dans les Pays de la Loire et en France



Sources : SNIR - CNAMTS, INSEE

Les SSIAD

Les SSIAD de la région représentent près de 1 400 emplois (en 2000), essentiellement des aides-soignants (76 %).

En ce qui concerne les infirmiers salariés des Ssiad, la densité régionale (5,6 pour 100 000 habitants) est proche de la moyenne nationale (5,8).

Professionnels de la rééducation : forte augmentation des effectifs

Selon les statistiques du Système National Inter régimes (SNIR), géré par la CNAMTS, la région des Pays de la Loire compte au 1er janvier 2004 :
- 1 969 masseurs-kinésithérapeutes,
- 566 orthophonistes,
- 65 orthoptistes libéraux.

Depuis le début des années 80, **le nombre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux a fortement augmenté** dans les Pays de la Loire (+3,8 % par an entre 1981 et 2004), comme en France (+3,0 %). La densité régionale est restée inférieure à la moyenne nationale. Au 1er janvier 2004, on compte 59 masseurs-kinésithérapeutes libéraux pour 100 000 habitants dans les Pays de la Loire contre 70 en France.

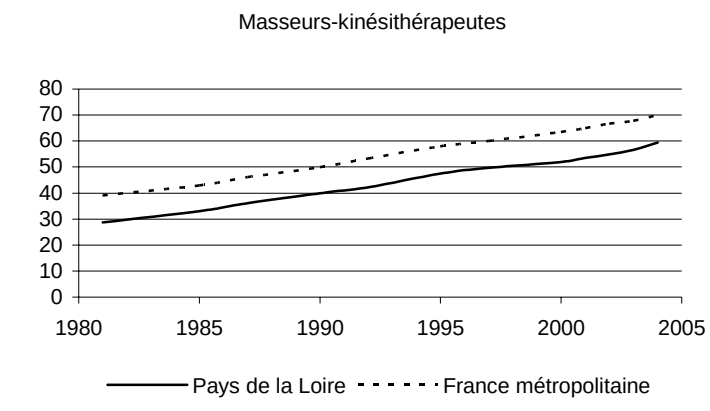
Le nombre d'orthophonistes libéraux a progressé encore plus fortement que le nombre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux, dans les Pays de la Loire (+4,4 % par an entre 1981 et 2004), comme en France (+4,5 %). La densité régionale d'orthophonistes libéraux (17 pour 100 000 habitants au 1er janvier 2004) est relativement proche de la moyenne nationale (19).

Evolution du nombre et de la densité d'auxiliaires médicaux de rééducation libéraux dans les Pays de la Loire, comparaison France

	1981	1987	1992	1997	2002	2004
Masseurs-kinésithérapeutes libéraux						
Effectifs PDL	833	1 090	1 309	1 581	1 806	1 969
Densité PDL	28,7	36,1	42,1	49,7	54,9	59,4
Densité France	39,1	46,1	53,3	60,0	66,7	70,0
Orthophonistes libéraux						
Effectifs PDL	212	261	337	388	497	566
Densité PDL	7,3	8,6	10,8	12,2	15,1	17,1
Densité France	7,6	10,7	12,6	15,0	17,7	18,9

Sources : SNIR - CNAMTS, INSEE

Evolution de la densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux dans les Pays de la Loire et en France



Sources : SNIR - CNAMTS, INSEE

Officines pharmaceutiques : 1 500 pharmaciens titulaires et 5 400 salariés

Dans les Pays de la Loire, on recense 1 237 officines pharmaceutiques qui emploient 1 528 pharmaciens titulaires d'une officine (au 1er janvier 2004) et 5 405 salariés (au 1er janvier 2003, d'après les statistiques des Déclarations annuelles de données sociales (DADS).

L'emploi dans les officines pharmaceutiques au 1er janvier 2004

	Effectif	Source
Pharmaciens titulaires	1 528	*Au 1er janvier 2004 - ADELI - DRASS*
Salariés	5 405	*Au 1er janvier 2003 - DADS (code APE 523A) - INSEE*

Sources : Adeli et DADS

Laboratoires d'analyses médicales

Selon l'enquête réalisée par la DRASS en 2004, la région des Pays de la Loire compte 179 laboratoires privés d'analyses de biologie médicale, principalement des sociétés d'exercice libéral.

Selon les données des DADS, ces laboratoires d'analyses médicales emploieraient 1 574 salariés au 1er janvier 2003 (Source : DADS-INSEE, code APE 85-1K).

Entreprises de transport sanitaire

Quant aux entreprises de transport sanitaire agréées (hors hôpital), elles emploient plus de 2 610 salariés dans les Pays de la Loire au 1er janvier 2003 (Source : DADS-Insee, code APE 85-1J).

CINQUIEME PARTIE

L'offre de formation dans les Pays de la Loire

SOMMAIRE

Chapitre I - Les formations sanitaires et sociales délivrées dans la Région
Chapitre II - La formation professionnelle
Chapitre III - La validation des acquis de l'expérience (VAE)

CHAPITRE I - LES FORMATIONS DELIVREES DANS LA REGION

I-1 - Les professions sociales de niveau IV et III

Parmi les professions sociales de niveau IV et III, on peut distinguer :
- les professions d'action sociale : assistant de service social, conseiller en économie sociale et familiale, et technicien des interventions sociales et familiales,
- les professions éducatives : éducateur spécialisé, éducateur technique, éducateur technique spécialisé, moniteur-éducateur, éducateur de jeunes enfants.

Les professions d'action sociale

L'action sociale aujourd'hui ne s'inscrit plus dans l'assistance, mais dans la promotion de l'autonomie de l'individu.

Les deux principaux métiers de l'action sociale (assistant social et conseiller en économie sociale et familiale) répondent à des besoins sociaux proches.
Le rôle de ces professionnels est de contribuer à créer les conditions pour que les personnes, les familles et les groupes avec lesquels ils travaillent aient les moyens d'être acteurs de leur développement et de renforcer les liens sociaux et les solidarités dans leur vie. Ils participent aux actions de prévention, d'expertise, à la lutte contre les exclusions et au développement social, en complémentarité avec d'autres intervenants. Leur action s'exerce directement auprès des familles mais aussi auprès de groupes dans une dynamique partenariale et d'animation en réseau.

La constitution de l'économie sociale et familiale comme champ professionnel s'est faite dans un contexte différent de celui des assistants de service social. Partant au départ de l'enseignement ménager, avec son corps de professeur dispensant un enseignement de type scolaire aux jeunes filles, cette activité d'enseignement a été intégrée ensuite dans le cursus de l'éducation nationale. L'identité professionnelle s'est alors construite vers l'économie sociale et familiale, puis vers le champ plus large du travail social.

Les CESF ont une fonction plus proche de l'intervention sociale que les assistants sociaux. Pour les CESF, l'utilisation et la diffusion des connaissances techniques et économiques (apprendre à gérer un budget, à faire des achats, a aménager son logement, à préparer des repas..) sert de support à l'accompagnement social et à l'action éducative.

Les principaux employeurs des assistants sociaux sont les conseils généraux, les caisses de sécurité sociale, et les établissements de santé, mais cette profession a en réalité des débouchés très divers. Les CESF trouvent principalement des débouchés professionnels dans les caisses d'allocations familiales et le secteur associatif (associations d'insertion).

Les assistants sociaux sont formés après trois ans d'études post-bac dans des centres de formation agréés le plus souvent associatifs, alors que le diplôme d'état de CESF est délivré au bout d'un an d'études, les étudiants devant être tout d'abord titulaires du BTS en économie sociale et familiale.

L'histoire des travailleuses familiales (devenue en 1999 les techniciens de l'intervention sociale et familiale) est étroitement liée au développement des services à domicile. Le TISF exerce sa mission au sein de la famille, avec l'objectif d'utiliser les tâches de la vie quotidienne comme support d'une action éducative. Mais les services de TISF, qui interviennent en général à la demande des conseils généraux (protection de l'enfance) ou des caisses d'allocations familiales connaissent actuellement des difficultés, les conseils généraux et les caisses de sécurité sociale préférant parfois faire appel à des intervenants moins qualifiés.
Le diplôme de technicien en intervention sociale et familiale est délivré au bout d'une formation post-bac qui dure entre 18 et 24 mois.

Les professions éducatives

Le diplôme d'éducateur spécialisé a été institué en 1967, alors que parallèlement se mettait en place la convention collective de l'enfance handicapée (1966). La mission de l'éducateur est d'aider les personnes en difficulté sociale ou en situation de handicap, à développer leur autonomie et leur capacité de socialisation, en fonction de leur situation personnelle (type de déficiences, environnement social,…).

Les trois autres formations éducatives (moniteur-éducateur, éducateur technique spécialisé et éducateur de jeunes enfants) ont des fonctions proches mais interviennent soit auprès de publics particuliers (jeunes enfants), soit dans le cadre d'apprentissages spécifiques (éducateur technique spécialisé).

Organisation territoriale

Dans les Pays de la Loire, les formations de travail social et éducatives sont concentrées géographiquement dans l'agglomération nantaise, à Angers et à Chemillé.

Alors que, dans de nombreuses régions françaises, des instituts régionaux de travail social ont vu le jour, ce n'est pas le cas dans la région, où ces formations sont réparties entre plusieurs centres de formation associatifs indépendants.

Les formations aux professions sociales dans les Pays de la Loire

	Organisation de la formation	Formations dans la région	Effectif en activité France/Région	Niveau	Capacités d'accueil 2004	Eff. en formation en 2003 dans la région
ACTION SOCIALE						
Assistant social	Trois ans	ENSO, Rezé ENSO, Angers	France : 38 000 PDL : 2 161 (1999)	III	109	271
Conseiller en économie sociale et familiale	Un an, après obtention du BTS	IFORIS, Angers Lycée Jeanne Bernard St-Herblain	843 PDL (RP 99)	III	106	106
TISF	De 18 à 24 mois	CEFRAS, Chemillé		IV	16	33
FORMATIONS EDUCATIVES						
Educateur spécialisé	Trois ans	IFRAMES, Angers, Nantes	PDL : 6 900 (RP 99)	III	127	300
Educateur tech. Spécialisé	Trois ans	Idem		III	9	37
Moniteur éducateur	Deux ans	Idem		IV	62	126
Educateur de jeunes enfants	Trois ans	EJE Nantes ENSO Angers		III	96	263

Parmi les 1 166 étudiants en formation dans la région en 2003, un sur trois suit une formation d'action sociale, et deux sur trois une formation éducative.

La formation **d'assistant social** est délivrée par l'ENSO (école normale sociale de l'ouest), qui est implantée sur deux sites à Rezé (sud de l'agglomération nantaise), et à Angers (campus social).

Les formations **d'éducateur** spécialisé, éducateur technique, et moniteur-éducateur sont délivrées par une seule association, l'IFRAMES, avec deux écoles distinctes, à Rezé (site de la Classerie), et à Angers (campus social).

Enfin, la formation **d'éducateur de jeunes enfants** est délivrée dans deux établissements : l'école d'éducateurs de jeunes enfants installée au sud de Nantes (EJE), et l'ENSO, à Angers.

Pour ces différentes formations, les capacités d'accueil ont été sensiblement augmentées pour faire face aux besoins de remplacement attendus au cours des prochaines années.

Le campus social : un rapprochement inabouti !

A Angers, les trois centres de formation aux professions sociales (qui dépendent de trois associations différentes) sont regroupés physiquement sur un même site, appelé le « campus social », leurs bâtiments étant à proximité immédiate (séparés de quelques mètres les uns des autres).

Ce rapprochement physique déjà ancien n'a pas abouti à un projet institutionnel commun, et la mutualisation des moyens entre ces trois centres garde une ampleur limitée :
- un service documentaire commun entre l'IFRAMES et l'IFORIS, situé sur le site de l'Iframes,
- des périodes de formation communes (moins de 10 % du temps de formation)
- mise à disposition de locaux,
- élaboration de projets communs en formation continue, et rapprochement avec l'université.

Par ailleurs, un des trois centres de formation installés sur le site, l'IFORIS (qui forme les conseillers en économie sociale et familiale), a quitté en 2005 l'association du réseau régional des formations de travail social (ARRIFTS).

Le Ponants

Les formations sociales délivrées en Loire-Atlantique dépendent de quatre associations privées distinctes, les centres de formation étant dispersés géographiquement :
- ENSO (Rezé),
- IFRAMES (site de la Classerie à Rezé),
- école d'éducateurs de jeunes enfants (EJE), au sud de Nantes,
- lycée privé Jeanne Bernard à Saint-Herblain (nord de l'agglomération nantaise), pour le diplôme de CESF.

En décembre 2001, l'association du réseau régional des instituts de formation en travail social (ARRIFTS), a élaboré un projet de regroupement des centres de formation présents dans l'agglomération nantaise, concernant l'ENSO, l'IFRAMES, l'EJE, mais également une antenne du centre de formation du CEFRAS (formation des aides médico-psychologiques et des auxiliaires de vie sociale).

Ce rapprochement a abouti le 17 novembre 2003 à la constitution d'une association, le PONANTS (pôle nantais du travail social), avec comme objectif de favoriser :
- les actions de formation initiale de chacun de ses membres,
- la création d'un pôle géographique de formation, de recherche et de documentation en travail social, en assurant la réalisation de la construction et de la gestion des moyens immobiliers et techniques intégrés à cet espace géographique.

La création du PONANTS répond aussi à la nécessité d'améliorer les conditions d'accueil des étudiants de ces différentes filières, pour faire face à l'augmentation des effectifs en formation.

Cependant, le projet actuel ne prévoit pas de rapprochement institutionnel, chaque association préservant son autonomie de gestion.

Ce pôle de travail social doit s'implanter à Rezé, où l'ENSO et l'IFRAMES sont déjà présents, un terrain étant réservé par la ville dans ce but.

Le coût du projet est évalué à 12 millions d'euros par les promoteurs. Le ministère des affaires sociales (DRASS) et la Région des Pays de la Loire ont participé au financement d'une étude dont les conclusions doivent être rendues publiques à la fin 2005 (600 000 euros), le lancement d'un concours d'architecture étant prévu durant l'été 2005.

> ***Le projet de constitution d'un pôle social au sud de l'agglomération nantaise est en réalité très ancien.*** *En 1988, suite à l'échec du rapprochement entre le centre de formation continue des travailleurs sociaux (mis en liquidation) et le centre de formation des assistants sociaux, un rattachement du centre de formation des assistants sociaux à l'IFRAMES (antenne de Nantes) avait déjà été envisagé, mais ce scénario n'avait pas été retenu, le centre de formation des assistants sociaux étant alors rattaché à l'ENSO d'Angers.*

Quelle politique de formation des travailleurs sociaux ?

La manière de penser le social, de l'exprimer, et de le vivre, évolue constamment, au rythme des transformations sociales. Face à ces changements qui s'accélèrent, les travailleurs sociaux sont en recherche constante d'une identité professionnelle, et la formation initiale participe à ce mouvement de constitution de cette identité.

Mais, à la différence des professionnels de santé, qui protègent leur monopole d'exercice, les travailleurs sociaux ne peuvent « revendiquer le social », dont les limites semblent d'ailleurs impossibles à définir. Les politiques sociales sont, en effet, étroitement liées à l'emploi, à la formation, au logement, aux problèmes de santé, culturels... Le contenu et les modalités de formation des travailleurs sociaux font, et feront, donc toujours débat.

Face à des politiques sociales et à des dispositifs d'accueil des publics en difficulté en perpétuelle évolution, l'appareil de formation se doit cependant d'être particulièrement réactif, tout en entretenant des liens étroits aussi bien avec le secteur professionnel qu'avec le monde universitaire.

Le schéma national des formations sociales 2001-2005 a tracé des orientations claires en matière de renforcement de l'appareil de formation :

La création ou le développement de lieux ressources solides dans le domaine du travail social (formation initiale, formation continue, conseil, expertise) au niveau régional constitue une priorité *quelles que soient les modalités de mise en œuvre retenues résultant d'une concertation régionale. Qu'elles s'appuient sur un regroupement de centres, une mise en réseau ou une création d'IRTS pour les régions qui en sont dépourvues, ces lieux doivent permettre :*

- *d'identifier clairement un pôle de référence fort dans le domaine du travail social,*
- *de favoriser le positionnement des formations sociales au regard des autres dispositifs de formation,*
- *de coordonner et optimiser les moyens pour une offre de formation régionale cohérente.*

Schéma national des formations sociales 2001-2005 (p. 89)

Jusqu'à présent, ces objectifs n'ont pas été atteints dans la région des Pays de la Loire, ce qui explique pour partie la faible dotation dont dispose notre région pour financer les centres de formation, au regard de son poids démographique.

I-2 - Les sages-femmes et les professions paramédicales

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés locales a transféré aux Régions le financement des écoles paramédicales, et de sages-femmes.

Les professions de sages-femmes et les auxiliaires médicaux ont un exercice réglementé, qui protège leur monopole d'exercice. Pour ces professions, l'inscription au préalable auprès de la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (fichier ADELI-automatisation des listes) est une obligation (qui n'est pas toujours respectée, notamment en matière de mise à jour des fichiers).

Les auxiliaires médicaux

Sont reconnus par le Code de la santé publique (CSP) comme « auxiliaires médicaux » les professions de santé à exercice réglementé, qui exercent sous prescription médicale.

Parmi les 11 professions paramédicales reconnues par le CSP, toutes les formations ne sont pas délivrées dans la région. C'est le cas en particulier pour les audioprothésistes, les ergothérapeutes, et les psychomotriciens.

Comme pour le secteur social, chaque métier dispose de sa propre filière de formation, et il n'y a aucun tronc commun entre formations.

Les filières proposées et les modes de financement sont multiples :
- université (orthophoniste, orthoptiste),
- établissement public de santé (sage-femme, infirmier, manipulateur en électro-radiologie),
- établissements scolaires (préparations aux BTS : opticien, manipulateur en électro-radiologie, diététicien),
- centre de formation des apprentis (CFA optique),
- école privée (masseur-kinésithérapie, pédicure-podologue, infirmier…).

Les manipulateurs en électro-radiologie ont deux filières de formation différentes, en centre de formation agréé (dépendant du CHU de Nantes pour la région), ou en milieu scolaire (BTS).

Il en est de même pour les diététiciens, avec deux filières différentes dépendant de l'Education nationale (BTS et DUT), dont une seule est disponible dans la région.

Sur le plan financier, les modes d'accès aux études sont variables : « gratuité » (avec souvent des droits d'inscription) dans les établissements qui dépendent de l'Education nationale ou de l'université, dans les IFSI publics, études payantes dans les écoles privées, avec parfois une participation de l'Etat…

Les sources de financement dépendent donc, selon les cas, de l'Education nationale, de la Région (budget de fonctionnement des lycées, apprentissage), de l'université, de l'assurance maladie (IFSI, sage-femme, manipulateur en électro radiologie), de l'Etat (ministère de la santé).

Les professions de santé « non réglementées »

En plus des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, deux autres formations ont été transférées aux Régions, les techniciens en analyses biomédicales, et les préparateurs en pharmacie.

Pour ce qui concerne les techniciens en analyses biomédicales, la formation se déroule en trois ans dans des instituts de formation agréés mais il n'y a pas de centre agréé dans la région.

L'Education nationale dispense cependant des Brevets de technicien supérieur (BTS), avec différentes options. Plusieurs BTS peuvent ainsi être préparés dans la région au Lycée Jean Perrin (Rezé) pour le BTS analyses biologiques, et dans les lycées Jean Moulin (Angers), Notre-Dame (Le Mans) et Talensac (Nantes), pour le BTS bioanalyses et contrôle.

Conditions de formation des professions de santé à exercice réglementé

	Organisation de la formation	Formations dans la région	Quotas ou capacité d'accueil 2004 PDL	Effectif en activité France/Région	% libéral dans la région	% 55 ans et plus dans la région
Audioprothésiste	Diplôme d'Etat préparé en trois ans dans des établissements	Non		France : 1 806 PDL : 79	48 %	15,2 %
Diététicien	Brevet de technicien supérieur (BTS)	Non		ND	ND	ND
	DUT de génie biologique, option diététique	Non				
Ergothérapeute	Diplôme d'Etat préparé en trois ans en ét. d'enseignement sup. habilité.	Non		France : 5 370 PDL : 273	-	7 %
Infirmier	Diplôme d'Etat préparé en trois ans dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI)	15 instituts de formation en soins infirmiers	1200 Q	France : 452 466 PDL : 22 992	9 %	12,7 %
Manipulateur en électroradiologie médicale	Diplôme d'Etat préparé en trois ans en institut de formation agréé	CHU de Nantes	30 CA	France : 24 512 PDL : 1 148	-	11,1 %
	BTS en imagerie médicale et radiologie thérapeutique (BTS)	Fontenay-le-Comte, Angers	40 CA			
Masseur-kinésithérapeute	Diplôme d'Etat délivré dans des instituts spécialisés, après trois ans de formation supérieure	Saint-Sébastien-sur-Loire (44)	73 (2003)	France : 60 364 PDL : 2 786	79,6 %	16,9 %
Opticien-lunetier	Brevet de technicien supérieur (BTS) délivré par l'Education Nationale (deux ans d'études)	Ecole supérieure d'optique Angers CFA-CCI Angers	70 CA	France : 15 141 PDL : 827	29 %	15,3 %
Orthophoniste	Certificat de capacité ; cinq années en centre de formation	CHU de Nantes	41 (CA)	France : 15 909 PDL : 777	81 %	11,6 %
Orthoptiste	Certificat de capacité ; trois années de formation en UFR médecine	CHU de Nantes	15 CA	France : 2 588 PDL : 124	61 %	7,2 %
Pédicure-podologue	Diplôme d'Etat préparé en trois ans en institut spécialisé	Saint-Sébastien-sur-Loire (44)	43 (2003)	France : 10 550 PDL : 592	98 %	8,1 %
Psychomotricien	Diplôme d'Etat préparé en trois ans en institut de formation agréé	Non		France : 5 894 PDL : 254	-	3,9 %
Sage-femme	Cinq ans d'études, dont la première année commune avec les étudiants en médecine et dentaire (PCEM1).	CHU de Nantes et Angers	47 (2003)	France : 16 550 PDL : 808	22 %	12,6 %

Source : DRASS,

Les professions de santé au 1er janvier 2005, DREES, série statistiques, n° 82 - mai 2005

Sigles :

- *PDL : Pays de la Loire*
- *CA : capacité d'accueil*

Les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI)

Les 15 IFSI (institut de formation en soins infirmiers) de la région ont accueilli en 2003 un millier de nouveaux étudiants en première année de formation.

Les établissements publics de santé (12 instituts) occupent une place prépondérante, avec 78 % des effectifs formés.
Les deux IFSI publics de La Roche-sur-Yon, l'un étant rattaché au Centre hospitalier départemental, et l'autre au Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, sont rassemblés sur un même site dans des locaux neufs depuis l'été 2005. Le nouvel IFSI a été constitué en GIP, chacun des deux établissements de santé conservant son autonomie de gestion au sein du même ensemble.

Les trois autres établissements de formation, installés à Laval, au Mans, et à Saint-Herblain (ouvert en 2004), dépendent de la Croix-Rouge.

Répartition des effectifs d'infirmiers en première année de formation dans les Pays de la Loire en 2003, et du nombre de centres de formation, selon leur statut

	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Région
Etablissement public	300	233	41	204	170	948
Associatif	0	0	90	57	0	147
Total	300	233	131	261	170	1095
Nombre de centres	4	3	2	4	2	15

Source : DRASS

Pour faire face aux besoins croissants de formation, avec les nombreux départs liés à l'arrivée à l'âge de la retraite (55 ans pour les personnels soignants des établissements publics, et 60 ans dans les établissements privés), les pouvoirs publics ont sensiblement augmenté les quotas de formation. Dans les Pays de la Loire, le nombre d'étudiants admis en première année de formation est passé de 740 en 2000 à 1 200 en 2004.

Cette augmentation a été répartie entre les différents centres, et a abouti également à la création d'un nouvel établissement de formation à Saint-Herblain (Croix-Rouge). Ces créations ont été financées par le budget de l'assurance maladie.

Evolution des quotas de formation en IFSI dans les Pays de la Loire

	1996/1997	1997/1998	1999/2000	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004
Loire-Atlantique	175	165	180	295	295	295	375
Maine-et-Loire	152	164	175	230	230	230	250
Mayenne	75	65	80	120	120	120	140
Sarthe	162	172	175	225	225	225	245
Vendée	100	90	100	170	170	170	190
PAYS DE LA LOIRE	664	656	710	1040	1040	1040	1200

Source : DRASS

Face à l'augmentation du nombre de candidats à prendre en charge, les IFSI sont aujourd'hui confrontés à des difficultés d'organisation des stages en milieu hospitalier (qui représentent environ la moitié du temps de formation). Les terrains de stage ne semblent pas assez nombreux pour répondre aux besoins, en particulier pour les étudiants de première année.

Depuis 2002, le **statut des étudiants** a été revalorisé avec une indemnisation pendant la période de stage (23 euros par semaine la première année, 30 euros la deuxième année, 40 euros la 3ème année). Des indemnités de déplacement sont également prévues par ce statut, mais la plupart des établissements de santé ne disposent pas, semble-t-il, des moyens financiers suffisants pour en assurer le financement.

Certains IFSI sont, actuellement, confrontés à une chute importante du nombre de candidats, évolution qui se conjugue à l'augmentation des quotas. Ainsi, selon la DRASS, le rapport entre le nombre de candidats et le nombre d'étudiants admis en première année, est passé pour les IFSI de 14 candidats pour un étudiant admis en 1999 à cinq ou six candidats pour un étudiant en 2004.

C'est une situation tout à fait nouvelle pour la région qui n'a jamais été confrontée semble-t-il dans un passé récent à une telle évolution.

Les IFSI constatent également une augmentation importante du taux d'échec en première année et de fuite des élèves pendant leur cursus de formation. Selon la conseillère technique régionale de la DRASS, il faut prévoir un différentiel de 25 % entre le nombre d'étudiants admis en première année, et le nombre de diplômes effectivement délivrés, trois ans plus tard.

Spécialisation des infirmiers

L'article 73 de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés locales, qui détermine les principes généraux du transfert des compétences concernant les auxiliaires médicaux n'apporte aucune précision concernant les formations destinées à la spécialisation des infirmiers.

Actuellement trois spécialisations sont offertes aux titulaires du diplôme d'Etat :
- Puéricultrice,
- infirmier anesthésiste,
- infirmier bloc opératoire (IBODE).

Dans les Pays de la Loire, la formation de **puéricultrice** (qui dure un an) est proposée par le CHU de Nantes (30 places en 2003), et par le CHU d'Angers (23 places). D'après le recensement de la population, le nombre de puéricultrices en activité serait passé de 696 en 1990 à 869 en 1999 (+ 25 %).

Les formations au diplôme d'Etat **d'infirmier anesthésiste** (24 mois de formation, 17 inscrits en première année en 2003), et **d'infirmier de bloc opératoire** (18 mois de formation, 10 inscrits en première année) sont délivrées essentiellement par le centre

de formation du CHU de Nantes. Ces différentes formations sont financées dans le cadre de la dotation globale versée aux établissements publics de santé par l'assurance maladie.

Pour ces différentes spécialités, la mise en œuvre de la Validation des acquis de l'expérience (VAE), attendue à partir de 2006 pour les IBODE, est susceptible de modifier les cursus de spécialisation dans les années à venir.

I-3 - Les formations d'aides à la personne

Les formations dites de niveau V ont un caractère stratégique dans le dispositif de formation régional. Parmi les nouveaux entrants en 2003 en formation initiale, 48 % des étudiants dans les écoles sanitaires, et 58 % dans les formations sociales dépendent de ce niveau de formation. Au total, près de 1 900 étudiants sont entrés en formation en 2003 dans ces différentes filières.

Formations sociales de niveau V délivrées dans les Pays de la Loire en 2003

	Lieux de formation	Niveau	Entrants	En formation
Aide médico-psychologique	Chemillé, Le Mans, La Roche-sur-Yon	V	324	594
Aide soignant	25 centres	V	1133	1133
Auxiliaire de puériculture	Nantes, Le Mans	V	76	76
Auxiliaire de vie sociale	10 centres	V	373	373
Total			1906	2176

La branche sanitaire et sociale fait, en effet, massivement appel aux emplois de niveau V, que ce soit les établissements de santé, les maisons de retraite, les établissements pour personnes handicapées… Avec 50 000 lits hospitaliers, pratiquement autant de capacités d'hébergement en maison de retraite, et 12 000 places dans les établissements pour personnes handicapées dont une partie importante comporte un hébergement, les fonctions hôtelières et les soins de base aux personnes (aides à la toilette, aux repas, entretien des locaux…) représentent une activité quotidienne qui mobilise des moyens humains très importants.

Aide-soignant

Les aides-soignants sont employés principalement par les établissements de santé mais également par les maisons de retraite (des recrutements importants ont eu lieu au cours des dernières années dans le cadre de la transformation en EHPAD), et dans les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), pour effectuer les soins de nursing auprès des personnes âgées.

Ils représentent le groupe professionnel dont l'effectif en terme d'emplois est le plus important avec celui des infirmiers dans les établissements de santé.

Les aides-soignants sont titulaires d'un « diplôme professionnel » qui se prépare en un an dans des écoles agréées : 1 174 personnes ont suivi cette formation dans la région en 2003.

Répartition des effectifs formés dans les Pays de la Loire en 2003, et du nombre de centres de formation

	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée	Région
Public	211	126	55	71	176	639
Privé	191	125	77	95	47	535
Total	402	251	132	166	223	1174
Nombre de centres	8	4	4	4	5	25

Source : DRASS

Ces formations sont délivrées par 25 centres différents, installés sur l'ensemble de la région. Un peu plus de la moitié des stagiaires (54 %) sont formés dans des centres dépendant d'établissements publics de santé, et 46 % dans le secteur associatif.

Le centre de formation le plus important est l'IFSO (institut de formation santé de l'ouest) d'Angers, structure associative également implantée en Bretagne, qui a formé 298 personnes (soit le quart des personnes formées dans la région) en 2003 ; 125 personnes au siège à Angers, 76 personnes à La Chapelle-sur-Erdre, 50 à Laval, et 47 à La Roche-sur-Yon.

La Croix-Rouge Française dispose, quant à elle, de deux établissements de formation, à Nantes et au Mans.

Evolution des capacités de formation d'aides-soignants dans les Pays de la Loire

	01/01/2001	01/11/2001	2002	2003
Loire-Atlantique	318	350	395	420
Maine-et-Loire	180	200	243	253
Mayenne	100	115	132	132
Sarthe	146	146	156	156
Vendée	131	180	200	200
PAYS DE LA LOIRE	875	991	1126	1161

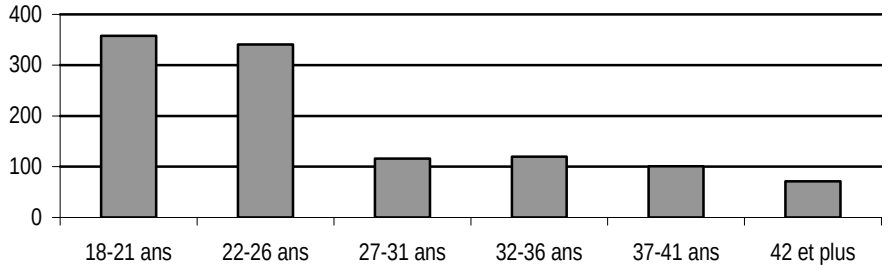
Source : DRASS

Les **capacités** de formation pour ces professions ont été sensiblement revalorisées, avec un effectif en formation de 875 personnes en 2001 et 1 161 depuis l'année 2003.

Les situations des personnes qui suivent ces formations sont très diverses, comme en témoigne les disparités en matière d'âge, de mode de financement, ou de niveau de recrutement.

Parmi les étudiants nouvellement admis en 2003, 30 % sont titulaires du baccalauréat.

Pyramide des âges des élèves aides-soignants en formation en 2003 dans les Pays de la Loire



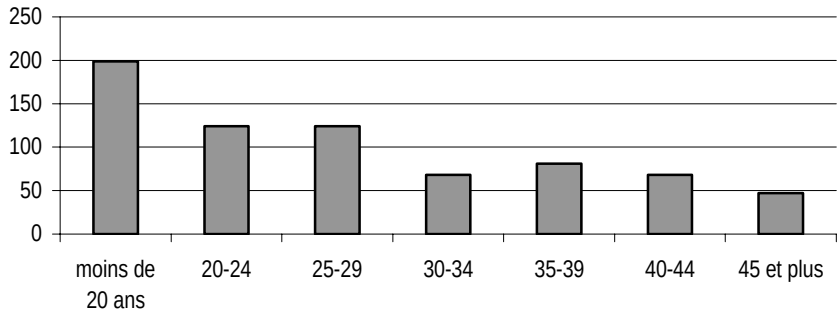
Source DRASS

A l'intérieur de la région, les frais de scolarité varient de 3 300 à 4 100 euros selon le type d'établissement. A la différence des élèves infirmiers, les aides-soignants financent leurs études : 38 % ont recours aux aides destinées aux demandeurs d'emploi, 20 % font appel aux aides individuelles de la Région, 14 % aux fonds de la promotion professionnelle, 8 % au congé individuel de formation (CIF), et 6 % aux bourses d'Etat.

Aide-médico-psychologique

L'AMP (aide-médico-psychologique) est un travailleur social, dont la formation, qui se déroule en deux ans, n'est accessible qu'en cours d'emploi. Les AMP interviennent dans des secteurs d'activité très divers, principalement les établissements pour personnes handicapées mais également les établissements ou services de soins psychiatriques, et de manière plus récente les maisons de retraite, où leur formation, plus tournée vers l'animation de la vie en institution, est appréciée, à côté de celle des aides-soignants. De plus, le champ d'intervention de ce métier est en pleine évolution, un arrêté de juin 2004 autorisant désormais ces professionnels à travailler également dans les SSIAD.

Pyramide des âges des élèves aides-médico-psychologiques en formation en 2003, dans les Pays de la Loire



Source : DRASS

Trois centres proposent ce type de formation dans la région : deux centres associatifs, le CEFRAS à Chemillé (49), et l'IFEPS au Mans (qui viennent de fusionner), et un établissement public, qui dépend du centre hospitalier spécialisé de psychiatrie de La Roche-sur-Yon.

Le CEFRAS a formé 338 stagiaires en 2003 (57 % des effectifs de la région). Depuis son rapprochement avec l'IFEPS, il représente 70 % de l'offre de formation régionale, avec des lieux de formation à Chemillé (49), Saint-Sébastien-sur-Loire (44), La Roche-sur-Yon (85), Le Mans (72), et Laval (53).

Pour financer leur formation, les étudiants mobilisent souvent les fonds de la formation professionnelle : 39 % au travers de la formation en cours d'emploi, 33 % en contrat de qualification, 6 % en congé individuel de formation (CIF), et 2,5 % en bourses d'Etat ou en aide individuelle de la Région.
33 % des stagiaires (2002-2004) son titulaires du baccalauréat.

Auxiliaire de vie sociale

Le diplôme d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) a remplacé en 2002 le CAFAD (certificat d'aptitude à la fonction d'aide à domicile). C'est aujourd'hui la formation de référence des emplois à domicile.

Dix centres proposent des formations au DEAVS dans la région, pour un nombre total de 373 stagiaires en formation en 2003. Les plus importants sont le CEFRAS, installé à Chemillé (49), avec 85 places, et le CHU de Nantes (62 places). Le CEFRAS dispose également d'antennes à Saint-Sébastien-sur-Loire (44), Laval (53), Le Mans (72) et La Roche-sur-Yon (85).

Ces deux centres proposent également d'autres formations de niveau V : la formation d'AMP pour le CEFRAS, et les formations d'aides-soignants et d'auxiliaires de puériculture pour le CHU de Nantes, délivrées au sein de l'IFAASS (institut de formation d'aides et d'auxiliaires de santé et de vie sociale).

En 2003, quatre nouveaux centres ont été agréés, pour faire face à l'augmentation de la demande de formation, liée au mouvement de professionnalisation de la branche aide à domicile (BAD).

Le DEAVS est délivré par le Préfet de région (DRASS).

Une nouvelle voie de formation est ouverte pour ce diplôme, avec la mise en œuvre de la Validation des acquis de l'expérience (voir page 111).

Le DEAVS n'est pas le seul niveau de qualification de la filière préparant aux métiers de l'aide à domicile. Plusieurs ministères proposent, en effet, des formations qualifiantes dans ce domaine, qui sont d'ailleurs reconnues dans l'accord de branche.

C'est le cas en particulier du BEP carrières sanitaires et sociales du ministère de l'Education nationale, du BEPA services aux personnes du ministère de l'agriculture, ou du titre d'assistant de vie du ministère de l'emploi.

Ministère	Diplôme ou titre	Niveau de qualification BAD
Ministère de l'éducation nationale	BEP sanitaire et social	Catégorie B
	BEP sanitaire et social + mention complémentaire aide à domicile	Catégorie C
Ministère de l'agriculture	BEPA, option service aux personnes	Catégorie B
Ministère des affaires sociales	DEAVS	Catégorie C
Ministère de l'emploi	Titre professionnel d'assistant de vie (AFPA)	Catégorie B

Auxiliaire de puériculture

Les auxiliaires de puériculture ont une fonction comparable à celle des aides-soignants, mais en direction des enfants en bonne santé (crèches), malades (services de pédiatrie, maternité), ou handicapés (pouponnière…). Comme pour les aides-soignants, la formation dure un an.

Deux centres proposent cette formation dans la région : le CHU de Nantes (IFAASS), et l'école de la Croix-Rouge au Mans, pour un total de 76 élèves inscrits en 2003.

Cette profession reste très attractive avec un ratio d'un étudiant sélectionné pour quinze candidats.

CHAPITRE II - LES MODALITES D'ORGANISATION DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE

Le « droit » à la formation professionnelle a été inscrit dans les textes par la loi du 16 juillet 1971, qui a instauré l'obligation pour les entreprises de consacrer un pourcentage de la masse salariale à la formation continue de leur personnel, mutualisée dans les Fonds d'assurance formation (FAF), qui sont chargés de collecter et de redistribuer ces ressources à leurs adhérents.

Depuis, la formation professionnelle s'est considérablement développée, dans un contexte où « *les transformations qui affectent en permanence les processus de travail et les contraintes de mobilité qui s'imposent tant aux individus qu'aux entreprises ont conduit les partenaires sociaux à accorder une importance croissante à la professionnalisation des formations et au développement des compétences des salariés* » * *(Haut comité Education, Economie, Emploi).*

Ce mouvement de professionnalisation touche le secteur sanitaire et social comme les autres activités économiques. Les employeurs doivent constamment adapter leurs réponses à l'évolution des besoins sociaux, et aux politiques sociales qui créent régulièrement de nouveaux dispositifs. Par ailleurs, les démarches de certification, d'accréditation, d'évaluation des pratiques professionnelles et de projets de services qui se sont généralisés depuis une dizaine d'années nécessitent souvent un accompagnement en formation important.

Une juxtaposition de statuts, et de branches professionnelles

Dans le secteur sanitaire et social, le concept de branche, qui structure toute la politique de formation professionnelle, n'a pas le même sens que dans les autres activités. En effet, de nombreux établissements et services qui exercent les mêmes activités (établissements de santé, services d'aide à domicile, maisons de retraite….), ont des statuts profondément différents, et dépendent de branches distinctes : établissements publics, sociétés à caractère commercial, associations, congrégations, secteur libéral…. avec des réalités souvent différentes selon le type d'activité.

Pour les **établissements de santé**, la grande majorité des emplois dépendent des établissements publics de santé.

En ce qui concerne **l'hébergement des personnes âgées**, on observe en revanche une multiplicité des statuts :
- établissements publics autonomes (fonction publique hospitalière),
- logements-foyers gérés par un CCAS (fonction publique territoriale),
- associations,
- organismes mutualistes,
- établissements à caractère commercial (branche des cliniques privées),
- congrégations religieuses…

* Validation des acquis de l'expérience : construire une professionnalisation durable. Rapport d'étape, Haut comité éducation, économie, emploi, La Documentation française, 2004 - 128 p.

La très grande majorité des établissements et services qui interviennent auprès des **personnes handicapées** dépendent du secteur associatif : quelques établissements sont rattachés cependant à la fonction publique hospitalière.

Le secteur professionnalisé des aides à domicile rassemble dans la région essentiellement des associations et des services qui dépendent de la fonction publique territoriale (services municipaux). Le nombre d'employeurs du secteur marchand (sarl…) reste marginal.

Dans le domaine des **soins infirmiers,** les différents services dépendent de cinq statuts différents, sachant qu'à l'intérieur de chacune des deux branches associatives, coexistent plusieurs conventions collectives différentes :
- fonction publique territoriale (pour les services rattachés à des communes),
- fonction publique hospitalière (pour les services rattachés à des établissements de santé),
- branche aide à domicile (pour la plupart des SSIAD),
- branche sanitaire et sociale (pour les SSIAD mutualistes),
- infirmiers libéraux.

Les différentes branches professionnelles intervenant dans le secteur sanitaire et social

	Principaux employeurs	Organisme collecteur de branche ou coordonnant la formation professionnelle	Activités principales
Fonction publique d'Etat	Services de l'Etat : - DDASS, DRASS… - Education nationale…	Ecole nationale de la santé publique (Rennes)	- santé publique - travail social
Fonction publique territoriale	- Conseils généraux - Communes	CNFPT (délégation régionale à Angers)	- travail social - secteur éducatif (protection de l'enfance) - logement-foyer - services aux personnes âgées - petite enfance - personnels d'aides dans les écoles
Fonction publique hospitalière	- Etablissements publics de santé - Maisons de retraite publiques - Etablissements médico-sociaux publics (peu nombreux)	ANFH (en cours de transformation en OPCA)	- établissements de santé - maisons de retraite - établissements pour pers. handicapées - services de soins infirmiers
Branche associative sanitaire et sociale (BASS)	UNIFED : FEHAP, centres de lutte contre le cancer, SNAPEI (enfance handicapée), SOP, SNASEA (sauvegarde de l'enfance), Croix Rouge Française	UNIFAF	- établissements de santé - maisons de retraite - établissements pour personnes handicapées - petite enfance
Branche aide à domicile (BAD)	ADMR, UNASSAD, ADESSA, Union des centres de santé…	UNIFORMATION	- services d'aide à domicile - services de soins infirmiers à domicile - centres de soins infirmiers
Branche sanitaire et sociale à statut commercial	UHP (cliniques) Maisons de retraite privées (SYNERPA)	FORMHP	- établissements de santé - maisons de retraite
Emplois directs	Fédération nationale des particuliers employeurs	AGEFOS PME	- employés de maison
Professionnels de santé libéraux	Les médecins sont représentés par l'Union régionale des médecins libéraux. Pour les autres professions de santé, les représentations sont ordinales (pour les professions médicales et les pharmaciens) et /ou syndicales (auxiliaires médicaux)	organisation spécifique à chaque profession, directement liée aux conventions entre l'assurance maladie et les représentants des professionnels	- soins infirmiers….

De cette diversité de statuts et d'activités découle une organisation complexe en matière de formation professionnelle, que nous avons essayé de résumer dans le tableau ci-contre.

Les deux « branches » associatives sont de constitution récente

Dans ce vaste ensemble, le monde associatif est un acteur de premier plan. Mais le mouvement de constitution des branches professionnelles y est récent et il s'est effectué « à l'envers » : les partenaires sociaux ont d'abord construit l'OPCA (organisme paritaire collecteur agréé), puis, vingt ans plus tard, la branche professionnelle.

Nous en avons retracé l'histoire récente dans le tableau ci-dessous.

DEUX BRANCHES DE CONSTITUTION RECENTE

Les OPCA du secteur associatif se sont constitués avant les branches professionnelles : ils ont vu le jour en 1972 (**Promofaf**), puis en 1973 (**Uniformation**). Dès l'origine, la représentation professionnelle des structures associatives de la branche sanitaire et sociale s'est donc structurée entre ces deux organismes. Vingt ans plus tard, cette séparation perdure, avec la constitution de deux « branches » professionnelles indépendantes, qui recouvrent des champs d'activité bien différents.

La branche associative sanitaire et sociale (**BASS**) s'est constituée en même temps que se créait la fédération des employeurs, rassemblés au sein de l'UNIFED (1993). Cette fédération regroupe actuellement six fédérations d'employeurs (FEHAP, centres de lutte contre le cancer, Croix-Rouge, Sauvegarde de l'enfance, établissements pour handicapés-SNAPEI, SOP), avec autant de conventions collectives spécifiques. Un contrat d'études prospectives (CEP) pour cette branche a été publié en septembre 2002.
Les partenaires sociaux ont ensuite complété ce dispositif avec l'instauration de la Commission paritaire nationale de l'emploi (CPNE), chargée d'étudier la situation de l'emploi et ses évolutions, puis de la commission paritaire de branche (CPB), qui négocie les accords de branche.

Le premier accord de la **Branche aide à domicile (BAD)** a été signé le 29 mars 2002. En matière de formation professionnelle, la BAD a rejoint UNIFORMATION, l'autre organisme collecteur de la formation professionnelle du secteur associatif, qui est organisé en cinq branches : sanitaire, social et médico-social, associations sociales, éducatives et de tourisme mutualité et prévoyance coopératives missions locales et permanences d'accueil, d'information et d'orientation.

Le 1er janvier 2005, Unifed et les cinq organisations syndicales du secteur ont constitué **UNIFAF**, OPCA qui succède à PROMOFAF en tant qu'organisme collecteur de la branche sanitaire et sociale privée à but non lucratif.

Le même mouvement de rapprochement entre employeurs s'est produit du côté de l'économie sociale, un an après la constitution d'UNIFED, avec la naissance de **l'USGERES** (union de syndicats et de groupements d'employeurs dans l'économie sociale), comme collège d'employeurs du Fonds d'assurance formation Uniformation. Contrairement à UNIFAF, qui n'est concernée que par une seule branche professionnelle, l'USGERES regroupe 22 organisations d'employeurs, et intervient sur 12 branches professionnelles et secteurs d'activité différents.

CHAPITRE III - LA VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPERIENCE (VAE)

« Toute personne engagée dans la vie active est en droit de faire valider les acquis de son expérience, notamment professionnelle, en vue de l'acquisition d'un diplôme, d'un titre à finalité professionnelle, ou d'un certificat de qualification figurant sur une liste établie par la commission paritaire de l'emploi d'une branche professionnelle, enregistrés dans le répertoire national des certifications professionnelles…

Article L.900-1 (code du travail)

« Les diplômes ou les titres à finalité professionnelle sont obtenus par les voies scolaire et universitaire, par l'apprentissage, par la formation professionnelle continue ou, en tout ou partie, par la validation des acquis de l'expérience. La validation des acquis produit les mêmes effets que les autres modes de contrôle des connaissances et aptitude. Peuvent être pris en compte, au titre de la validation, l'ensemble des compétences professionnelles acquises dans l'exercice d'une activité salariée, non salariée ou bénévole, en rapport direct avec le contenu du diplôme ou du titre…

Article L.335-5 (code de l'éducation)

Depuis toujours, en France, la valeur du diplôme acquis en formation initiale revêt une importance considérable, la voie la plus courante pour obtenir un diplôme professionnel consistant à suivre un parcours complet de formation et à se présenter à un examen. Ce modèle de référence a été partiellement remis en cause, avec le développement de l'apprentissage, qui relève maintenant de la compétence des Régions.

L'idée de valider les acquis de l'expérience pour l'obtention d'un diplôme professionnel marque sans doute une étape supplémentaire, et constitue pour certains une rupture dans la manière de concevoir les politiques de formation, et plus généralement les parcours professionnels.

La VAE a été mise en place par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, ce dispositif étant désormais inscrit dans le Code du travail et dans le Code de l'éducation. La VAE s'est substituée au dispositif de validation des acquis professionnels (VAP) issu de la loi du 20 juillet 1992, avec pour objectif de toucher de nouveaux bénéficiaires et de simplifier les procédures. Cette réforme répond aux besoins des individus comme des entreprises de faire reconnaître sur le marché du travail, au-delà des connaissances acquises à l'issue d'une formation, les compétences effectives des personnes.

Par rapport au dispositif initial de la VAP, la validation des acquis de l'expérience apporte des changements très significatifs. Alors que le champ de la VAP était limité à un nombre restreint de diplômes délivrés par les ministères de l'Education nationale, de l'Agriculture, de la Jeunesse et des Sports, et de l'enseignement supérieur, la VAE a un champ beaucoup plus vaste (entre 10 et 15 000 diplômes et titres professionnels doivent être certifiés).
Par ailleurs, la VAE permet la validation complète d'un diplôme, alors que la VAP n'autorisait qu'une validation partielle, un complément de formation étant obligatoirement entrepris.

Dans l'esprit de la loi, la VAE doit être considérée comme une nouvelle forme d'obtention des diplômes, à côté des voies traditionnelles de la formation initiale, de l'apprentissage et de la formation professionnelle continue, qui produit les mêmes effets que les autres modes de contrôle des connaissances.

Qui est concerné ?

La validation des acquis de l'expérience (VAE) permet à toute personne engagée dans la vie active depuis au moins trois ans (contre cinq ans pour la VAP) de faire reconnaître officiellement ses compétences professionnelles par l'obtention d'un titre, d'un diplôme à finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification. Autre nouveauté de la VAE, cette expérience peut être acquise non seulement au travers d'activités salariées mais également au travers d'activités non salariées ou bénévoles.

Validation partielle ou totale

La totalité de la certification peut être acquise par validation des acquis, c'est-à-dire sans formation supplémentaire et sans passer d'examen. Le jury de validation des acquis peut aussi accorder une certification partielle, pour certains modules, les unités manquantes pouvant alors être acquises de deux manières, soit par un parcours de formation, soit par une expérience professionnelle complémentaire conseillée par le jury, en lien avec le référentiel de la certification visée.

Le champ de la certification

L'ensemble des certifications inscrites au Répertoire national de la certification professionnelle (RNCP) devront à terme être accessibles par la VAE. On peut les classer en trois registres :

- les titres et diplômes enregistrés de droit, principalement ceux qui ont fait l'objet d'un examen préalable au sein des commissions professionnelles consultatives (CPC) organisées par certains ministères (jeunesse et sports, emploi, éducation nationale, agriculture, santé et action sociale) ainsi que les diplômes de l'enseignement supérieur,
- les titres enregistrés sur demande, après instruction par la commission nationale de la certification professionnelle (CNCP). Ce sont principalement les anciens titres homologués délivrés par des établissements publics et privés en leur nom propre,
- les certificats de qualification professionnelle (CQP) des branches professionnelles.

Pour que les certifications accessibles par la VAE soient lisibles, la loi a créé la commission nationale de la certification professionnelle (CNCP) qui a remplacé la commission technique d'homologation des titres et diplômes (CTH). Son rôle principal est d'établir et d'actualiser le répertoire des qualifications, RNCP (www.cncp.gouv.fr). Le RNCP est en cours de constitution, le recensement des formations de niveau V, IV, et III étant en voie d'achèvement.

L'enjeu des référentiels

La VAE nécessite également l'élaboration pour chaque diplôme certifié d'un **référentiel** qui est à la base du travail du jury chargé d'apprécier dans quelle mesure le candidat a mis en œuvre ou non, dans le cadre de son expérience professionnelle, les différents savoir-faire et compétences du référentiel. **L'enjeu de la constitution de ces référentiels est donc considérable** car chaque métier se trouve ainsi décliné à travers un contenu précis d'activités. En identifiant socialement un ensemble de savoir-faire et de compétences, la VAE contribue ainsi à modifier le regard porté habituellement sur certaines activités, notamment les moins qualifiées, ou celles dont le contenu est le moins bien repéré (travail social en particulier).

Dans le secteur sanitaire et social

Dans le secteur sanitaire et social, tous les diplômes seront à terme accessibles par la VAE. Les attentes sont fortes de la part de nombreux professionnels (salariés et employeurs), aux différents niveaux de qualification, dans le contexte de tensions sur le marché du travail que l'on constate pour certains métiers, ou dans certains territoires.

Les métiers sociaux qui relèvent du ministère des Affaires sociales, sont ceux pour lesquels les textes permettant la mise en œuvre de la VAE sont les plus avancés (voir tableau ci-dessous), avec cinq textes déjà publiés : le DEAVS (2003), les assistants sociaux et les éducateurs, le diplôme de médiateur, et le CAFERUIS (certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale) en 2004.

De son côté, le ministère de l'emploi a mis en œuvre la VAE pour le titre professionnel d'assistant de vie.

La seule profession de santé pour laquelle la VAE est opérationnelle est celle d'aide-soignant (2005). La VAE pour les infirmiers et les infirmiers spécialisés (infirmier de bloc opératoire notamment) est attendue en 2006.

Où en est-on ?

Alors que les premiers dossiers ont été constitués courant 2002 au ministère de l'Education nationale, la procédure a débuté plus tardivement dans les autres ministères, notamment en fonction de l'expérience acquise par chaque administration dans la Validation des acquis professionnels.

Quelques données statistiques produites par le ministère de l'Emploi en octobre 2004, permettent cependant de mesurer l'ampleur déjà prise par ce nouveau dispositif : 14 000 candidats ont déposé un dossier au ministère de l'Education nationale en 2003, 5 800 au ministère chargé de l'action sociale (pour le diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale, DEAVS), 5 000 au ministère de l'Emploi (essentiellement pour le titre d'assistant de vie, sept dossiers sur dix)*.

Dans les Pays de la Loire

La commission nationale de certification professionnelle (CNCP) dispose dans chaque région d'un correspondant régional. Mais les différents certificateurs conservent, pour les titres qu'ils certifient, leur organisation propre.

En matière d'information et de conseil, le Carif-Oref tient à jour l'ensemble des 111 points-conseils de la région qui délivrent des informations sur les conditions de mise en

* La validation des acquis de l'expérience au sein du ministère chargé de l'Emploi en 2003 : une rapide montée en charge, DARES, « Premières Informations et Premières Synthèses », n° 41.1, octobre 2004 - 4 p.

œuvre de la VAE : agences pour l'emploi, centres d'information et d'orientation, permanences d'accueil d'information et d'orientation, chambres des métiers, OPCA, AFPA…
Quelques éléments statistiques permettent d'évaluer l'importance prise par ce dispositif, dès son lancement.

Service académique de validation des acquis (SAVA)

Le principal ministère certificateur est le ministère de l'Education. Le service de validation des acquis a diffusé, en 2004, 2 327 dossiers individuels, mais seulement un sur trois a été retourné au SAVA. Parmi les dossiers retournés au SAVA, trois sur quatre ont été déclarés recevables.

205 dossiers ont été examinés en 2004 ; 116 ont obtenu le diplôme en totalité (56,6 %), et 74 ont obtenu une validation partielle (36,1 %). Les BTS arrivent en tête des diplômes les plus demandés.

Le SAVA prend en charge la recevabilité des dossiers et l'organisation des jurys mais il propose également lui-même un accompagnement aux candidats.

En ce qui concerne le secteur sanitaire et social proprement dit, plus de 700 dossiers ont été envoyés par le SAVA pour des demandes de certification d'éducateur spécialisé, un dossier sur trois ayant été retourné par les candidats potentiels.

DRASS

La Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) est chargée de la mise en œuvre de la VAE pour le diplôme d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS).

Mise en œuvre de la VAE pour le DEAVS

	2003	2004
Dossiers reçus par la DRASS	391	397
Dossiers déclarés recevables	348	365
Remplissage du livret destiné au jury	138	174
Candidats présents au jury	128	174
Validation totale du diplôme	28	54

Sur les deux années, le taux de réussite (validation totale) est de 25 % environ, mais un nombre important de candidats ont également obtenu une validation partielle de leur diplôme. En 2005 va également démarrer la VAE pour le diplôme d'assistant social et pour celui d'aide-soignant.

SIXIEME PARTIE

Des évolutions prévisibles

SOMMAIRE

Introduction

Chapitre I - Départs à la retraite : quelques simulations

Chapitre II - La baisse de la densité médicale va s'accélérer dans les années à venir

Chapitre III - Le vieillissement démographique et ses conséquences

INTRODUCTION

La population active va diminuer

Le diagnostic est maintenant bien établi : à partir de 2006, les générations nombreuses nées après 1946, dites du « baby-boom », vont commencer à atteindre soixante ans et à partir à la retraite. Le rythme des départs atteindrait 3 % par an dans l'ensemble de la population active régionale.

Selon les projections effectuées par l'INSEE*, ces nombreux départs vont provoquer au cours des prochaines années une baisse de l'effectif de la population active, évolution qui pourrait être ralentie si les comportements en matière d'âge du départ à la retraite changent (dans la mesure où les conditions de départ, et notamment de départ précoce, sont moins avantageuses).

Des réponses ont déjà été apportées pour compenser les besoins de remplacement attendus, suite aux départs à la retraite

Le secteur sanitaire et social, comme les autres secteurs d'activité est concerné par ce mouvement, avec toutefois des évolutions différentes selon les professions.

Pour les soignants des établissements publics de santé qui bénéficient d'un âge précoce de départ à la retraite (55 ans), le rythme des départs a déjà commencé à augmenter.

L'augmentation des quotas de formation, récemment décidée, devrait permettre de compenser ces départs pour la plupart des formations sociales et sanitaires. Même si cette augmentation brutale, qui n'a pas été anticipée, met en lumière une moins grande attractivité de ces professions que par le passé. Par ailleurs, les lieux de stage n'apparaissent pas toujours en nombre suffisant pour accueillir de manière satisfaisante ces nouveaux entrants.

La densité médicale a amorcé sa baisse

En revanche, en ce qui concerne les médecins, les nombreux départs à la retraite qui vont intervenir au cours des dix prochaines années ne seront pas compensés dans leur totalité. Le nombre de médecins a été multiplié par trois en trente ans, et l'on ne peut pas parler de « désert médical » dans ce contexte. Il est cependant légitime de s'interroger, par territoire, sur les conséquences de ce retournement démographique, alors que l'on observe déjà, en secteur libéral, une baisse des effectifs médicaux dans certaines spécialités.

* Les âges au travail, INSEE des Pays de la Loire, CARIF-OREF des Pays de la Loire, ARACT des Pays de la Loire, CRCI des Pays de la Loire, « Dossier », n° 7, septembre 2003 - 96 p.

Alors que les besoins sociaux semblent en augmentation…

La difficulté de la période actuelle tient à ce que ce « retournement démographique » s'effectue alors que les besoins sociaux semblent en augmentation.

…Faire face au vieillissement démographique

Parmi les évolutions à venir, figure au premier plan le vieillissement démographique, qui concerne la région des Pays de la Loire, comme les autres régions françaises. Un indicateur permet de comprendre l'ampleur des problèmes auxquels va faire face notre organisation sociale : d'ici dix ans, l'effectif des 85 ans et plus va augmenter de 83 %.

… à l'augmentation des situations de précarité

Le vieillissement démographique n'est pas le seul paramètre susceptible d'influencer la demande sociale au cours des prochaines années, mais c'est celui qui est le plus facilement quantifiable. Nos sociétés sont aussi confrontées à l'augmentation des **situations de précarité** que traduit la forte progression des demandeurs de Revenu minimum d'insertion (RMI). Mais cette évolution est étroitement liée à la situation du marché du travail, pour laquelle il semble difficile d'établir des prévisions pour les dix années à venir.

Par ailleurs, si l'augmentation des situations de pauvreté est avérée, les réponses à y apporter font débat, et n'ont pas de traduction immédiate en matière de besoins de formations.

… et aux besoins de compensation du handicap et des incapacités

La loi votée au début de l'année 2005 vise à permettre une meilleure prise en compte des besoins d'aides des personnes en situation de handicap. La mise en place **du droit à la compensation du handicap** (dont on ne connaît pas encore les modalités pratiques) et l'instauration des maisons départementales des personnes handicapées, vont nécessiter une meilleure évaluation des besoins d'aide des personnes handicapées vivant à leur domicile.
Plus généralement, le champ de la compensation du handicap et de la rééducation-réadaptation devrait dans les années à venir trouver des développements importants, notamment pour les personnes âgées, dont les besoins d'aides sont aujourd'hui mieux appréhendés.

CHAPITRE I - DEPARTS A LA RETRAITE : QUELQUES SIMULATIONS

Au début de l'année 2004, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a produit un rapport sur la gestion des âges dans la filière sanitaire et sociale. L'analyse menée par la mission de l'IGAS a démontré que les conséquences du retournement démographique, auquel on assiste actuellement, n'ont pas encore été prises en compte.

> *« la gestion des âges est un concept émergent, lié à la prise de conscience du phénomène de diminution du taux d'activité de la population consécutive aux départs massifs à la retraite qui vont s'accélérer à partir de 2007. A partir de cette date, la population active diminue (en France) de 20 000 unités par an, diminution qui pourrait aller jusqu'à 80 000 en 2025 ».*

Cette prise de conscience est donc très récente dans le secteur sanitaire et social. Ainsi, jusqu'en 2002, l'assurance maladie a continué à financer des aides (MICA), pour favoriser les départs à la retraite des médecins libéraux.

L'impact des départs à la retraite

L'analyse des besoins de formation des professionnels de santé et de l'action sociale dépend de nombreux paramètres, et en particulier :

- des créations d'emplois,
- de la mobilité professionnelle,
- de l'évolution de la structure des emplois,
- des remplacements liés aux départs à la retraite.

On ne dispose d'aucune projection en matière de **créations d'emplois** dans le secteur sanitaire et social. Ces évolutions sont le plus souvent liées à des décisions administratives de l'Etat (Préfet, ARH), ou des conseils généraux.

La période que nous venons de traverser a été riche en création d'emplois (entre 2% et 3 % par an pour les infirmiers et les aides-soignants, 3 % par an pour les éducateurs). Cette évolution est en partie liée à l'impulsion donnée par la politique d'aménagement et de réduction du temps de travail.

Qu'en sera-t-il demain ? Il est évidemment bien difficile de répondre à cette question, les situations pouvant être fortement variables selon les territoires, les activités, ou les métiers.

Le deuxième paramètre est celui de la **mobilité professionnelle**, à propos de laquelle on dispose de peu de données fiables. Dans son rapport sur la gestion des âges, l'IGAS fait état d'un taux de départ, hors de leur secteur d'activité, parmi les infirmiers des établissements publics de santé de 6 %, ce qui semble un taux de mobilité particulièrement élevé. Mais cette réalité est encore très mal appréhendée.

Dans le secteur professionnalisé des aides à domicile, les taux de recrutement annuels sont particulièrement élevés, correspondant à 20-25 % des effectifs employés chaque année. La branche essaie d'améliorer le niveau de qualification de ses salariés, mais ne parvient pas à conserver durablement son personnel, les conditions d'activités étant moins attractives que dans d'autres secteurs proches (établissements d'hébergement de personnes âgées par exemple).

Les **départs à la retraite,** qui sont en revanche beaucoup plus prévisibles, vont fortement contribuer à augmenter les besoins de remplacement.

Deux simulations ont été effectuées pour les professions d'éducateurs spécialisés, moniteurs éducateurs et aides-médico-psychologiques des établissements pour enfants et adultes handicapés des Pays de la Loire d'une part, et pour les infirmiers et aides-soignants des établissements publics de santé de la région d'autre part.

Méthodologie
Pour les éducateurs spécialisés, les moniteurs-éducateurs et les aides-médico-psychologiques, les départs en retraite ont été calculés en moyenne annuelle sur des périodes de 5 années, à partir des effectifs recensés au 31 décembre 2001 par l'enquête ES, répartis par âge détaillé. Les calculs sont réalisés avec l'hypothèse d'un départ à 60 ans.

Pour les infirmiers et aides-soignants, les départs en retraite ont été calculés en moyenne annuelle sur des périodes de 5 années, à partir des effectifs recensés au 31 décembre 2001 par l'enquête SPE, répartis par âge détaillé. Les calculs sont réalisés avec l'hypothèse d'un départ à 55 ans. Il est à noter que dans les établissements de santé privés, les départs à la retraite ont lieu à 60 ans.

Educateurs spécialisés, moniteurs éducateurs : les besoins de remplacement vont s'accélérer dès 2006

Pour les **éducateurs spécialisés et les moniteurs éducateurs**, l'impact des départs à la retraite va s'accélérer à partir de 2006. Sur la période 2006-2010, 2,7 % de l'effectif d'éducateurs spécialisés recensé en 2001 et 2,6 % de l'effectif de moniteurs éducateurs seront à remplacer en moyenne chaque année (contre respectivement 1,0 % et 0,4 % entre 2001 et 2005). Ces taux de croissance s'amplifieront sur les périodes suivantes et atteindront respectivement 4,0 % et 3,4 % sur la période 2016-2020.

Educateurs spécialisés dans les établissements pour enfants et adultes handicapés des Pays de la Loire

	Effectif total au 31/12/2001	Besoins de remplacement			
		2001-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2020
Ensemble des actifs	1 201				
Actifs nés entre 1941 et 1945	62	12 par an soit **1,0 % par an***			
Actifs nés entre 1946 et 1950	164		33 par an soit **2,7 % par an***		
Actifs nés entre 1951 et 1955	227			45 par an **3,8 % par an***	
Actifs nés entre 1956 et 1960	241				48 par an **4,0 % par an***

Source : ES2001 DREES
** note de lecture : 2,7 % de l'effectif d'éducateurs spécialisés recensé en 2001 dans les établissements pour personnes handicapées partira en retraite en moyenne chaque année au cours de la période 2006-2010.*

Moniteurs éducateurs dans les établissements pour enfants et adultes handicapés des Pays de la Loire

	Effectif total au 31/12/2001	Besoins de remplacement			
		2001-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2020
Ensemble des actifs	875				
Actifs nés entre 1941 et 1945	17	3 par an soit **0,4 % par an***			
Actifs nés entre 1946 et 1950	112		22 par an soit **2,6 % par an***		
Actifs nés entre 1951 et 1955	146			29 par an **3,3 % par an***	
Actifs nés entre 1956 et 1960	150				30 par an **3,4 % par an***

Source : ES2001 DREES
** note de lecture : 2,6 % de l'effectif de moniteurs éducateurs recensé en 2001 dans les établissements pour personnes handicapées partira en retraite en moyenne chaque année au cours de la période 2006-2010.*

Pour les **aides médico-psychologiques**, les besoins de remplacement vont s'accélérer plus tardivement. Sur la période 2006-2010, 1,2 % de l'effectif d'AMP recensé en 2001 sera à remplacer en moyenne chaque année. Ce taux de croissance atteindra 2,4 % sur la période 2011-2015 et 3,5 % sur la période 2016-2020.

Aides-médico-psychologiques dans les établissements pour enfants et adultes handicapés des Pays de la Loire

	Effectif total au 31/12/2001	Besoins de remplacement			
		2001-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2020
Ensemble des actifs	1 431				
Actifs nés entre 1941 et 1945	27	5 par an soit **0,4 % par an***			
Actifs nés entre 1946 et 1950	84		17 par an soit **1,2 % par an***		
Actifs nés entre 1951 et 1955	174			35 par an **2,4 % par an***	
Actifs nés entre 1956 et 1960	250				50 par an **3,5 % par an***

Source : ES2001 DREES
** note de lecture : 1,2 % de l'effectif d'AMP recensé en 2001 dans les établissements pour personnes handicapées partira en retraite en moyenne chaque année au cours de la période 2006-2010.*

Infirmiers et aides-soignants : les besoins de remplacement sont déjà amorcés et ils vont s'amplifier au cours des 5 prochaines années

Pour les infirmiers et les aides-soignants des établissements publics de santé, l'impact des départs à la retraite s'est déjà amorcé. Ainsi, au cours de la période 2001-2005, 2,4 % de l'effectif des infirmiers recensé en 2001 par l'enquête SPE et 2,4 % de l'effectif des aides-soignants ont dû être remplacés en moyenne chaque année. Ces taux de croissance vont s'amplifier sur la période à venir 2006-2010 et atteindre respectivement 3,5 % et 3,2 %.

Infirmiers dans les établissements publics de santé des Pays de la Loire

	Effectif total au 31/12/2001	Besoins de remplacement 2001-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2020
Ensemble des actifs	12 311				
Actifs nés entre 1946 et 1950	1 455	291 par an soit **2,4 % par an***			
Actifs nés entre 1951 et 1955	2 175		435 par an soit **3,5 % par an***		
Actifs nés entre 1956 et 1960	2 354			471 par an **3,8 % par an***	
Actifs nés entre 1961 et 1965	1 772				354 par an **2,9 % par an***

Source : SPE2001 DREES
** note de lecture : 3,5 % de l'effectif des infirmiers recensé en 2001 par l'enquête SPE partira en retraite en moyenne chaque année au cours de la période 2006-2010.*

Aides-soignants dans les établissements publics de santé des Pays de la Loire

	Effectif total au 31/12/2001	Besoins de remplacement 2001-2005	2006-2010	2011-2015	2016-2020
Ensemble des actifs	9 800				
Actifs nés entre 1946 et 1950	1 170	234 par an soit **2,4 % par an***			
Actifs nés entre 1951 et 1955	1 571		314 par an soit **3,2 % par an***		
Actifs nés entre 1956 et 1960	2 166			433 par an **4,4 % par an***	
Actifs nés entre 1961 et 1965	1 832				366 par an **3 7 % par an***

Source : SPE2001 DREES
** note de lecture : 3,2 % de l'effectif des aides-soignants recensé en 2001 par l'enquête SPE partira en retraite en moyenne chaque année au cours de la période 2006-2010.*

CHAPITRE II - LA BAISSE DE LA DENSITE MEDICALE VA S'ACCELERER DANS LES ANNEES A VENIR

L'ensemble de la population active est concernée par cette tendance lourde de la pyramide des âges. Mais, pour les médecins, cette évolution prend un caractère plus critique à cause du temps de formation de cette profession (entre neuf et dix années d'études après le baccalauréat), et de très fortes disparités de densité médicale entre territoires.

Les conseils régionaux n'ont pas la responsabilité de la formation des professions médicales (en dehors des sages-femmes), mais l'évolution démographique de ces professions va nécessiter des adaptations dans le rôle des auxiliaires médicaux, dont les formations sont maintenant organisées sous sa responsabilité.

II-1 - Les projections démographiques

Chaque année, la Drees réalise des projections d'effectifs de médecins sur la base des nouvelles estimations de leur nombre et en retenant à titre d'hypothèse centrale un numerus clausus (avant l'accès à la deuxième année d'études médicales) maintenu à son dernier niveau.

Les dernières projections réalisées à partir des effectifs redressés de médecins en activité au 31 décembre 2002 (d'après le fichier Adeli redressé qui prend en compte les défauts d'inscription des médecins salariés et notamment des hospitaliers). Ces projections retracent les évolutions tendancielles à l'horizon 2025, sous l'hypothèse d'un numerus clausus à 7 000 à partir de 2006 et sous l'hypothèse tendancielle de « comportements inchangés », notamment en termes de redoublements, de choix de spécialités et d'installation (voir annexes). Elles ne dessinent donc pas forcément des évolutions futures mais retracent des évolutions tendancielles à « comportement inchangé ».

Les projections ont été réparties par région en supposant le maintien de la part du numerus clausus dévolu à chaque région et celui des comportements de mobilité des professionnels observés dans le passé. Elles sont disponibles pour les effectifs de médecins généralistes, de médecins spécialistes et de l'ensemble des médecins sans distinction du mode d'activité (libéral ou salarié), ni de la spécialité médicale. Dans cette étude, seuls sont présentés les résultats concernant les effectifs de l'ensemble des médecins.

> *Ces projections sont évidemment sujettes à discussion, d'autres scénarios concernant le numerus clausus et les comportements de mobilité aboutissant à des résultats différents. Ainsi selon les scénarios choisis, les écarts entre régions sont soit appelés à se réduire, soit à s'accroître.* *

* La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national, S. Bessière, P. Breuil-Genier, S. Darriné, « Etudes et Résultats », n° 352, novembre 2004 - DREES - 12 p.

La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections, S. Bessière, P. Breuil-Genier, S. Darriné, « Etudes et Résultats », n° 353, novembre 2004 - DREES - 12 p.

L'évolution au cours des vingt dernières années : une augmentation des effectifs qui ralentit depuis le début des années 90

Au cours des vingt dernières années, le nombre total de médecins (salariés et libéraux) a augmenté de 2,3 % en moyenne chaque année dans les Pays de la Loire (+1,9 % en France métropolitaine entre 1983 et 2003, données redressées du répertoire Adeli). La progression a été particulièrement sensible jusqu'au début des années 90, et s'est ensuite nettement ralentie.
Si l'on raisonne en termes de densité, en intégrant l'effectif de la population, la densité médicale a progressé en moyenne chaque année de 1,8 % dans les Pays de la Loire et de 1,3 % en France entre 1983 et 2003. Malgré cette évolution plus favorable, la densité médicale dans les Pays de la Loire (278 pour 100 000 habitants en 2003) reste nettement inférieure à la moyenne nationale (340).

Evolution du nombre et de la densité de médecins dans les Pays de la Loire et en France
Au 31 décembre

	1983	1988	1993	1998	2000	2001	2002	2003
Généralistes								
Effectifs Pays de la Loire	3 542	4 070	4 367	4 518	4 591	4 626	4 728	4 817
Densité Pays de la Loire	119	134	140	140	141	141	143	145
Densité France	146	161	163	163	163	164	165	166
Spécialistes								
Effectifs Pays de la Loire	2 286	2 930	3 669	4 032	4 150	4 243	4 324	4 409
Densité Pays de la Loire	77	96	117	125	128	129	131	133
Densité France	110	139	158	167	169	171	173	173
Total des médecins								
Effectifs Pays de la Loire	5 828	7 000	8 036	8 549	8 741	8 869	9 052	9 226
Densité Pays de la Loire	196	230	257	266	269	270	274	278
Densité France	256	300	321	330	332	335	338	340

Sources : Adeli redressé, Insee

Faible progression des effectifs jusqu'en 2010

Sous l'effet du vieillissement du corps médical et de l'impact des mesures limitant le nombre d'étudiants en médecine (*numerus clausus*), la tendance à la hausse de la démographie médicale va s'inverser dans les années à venir*. Ainsi, malgré le relèvement prochain à 7 000 du *numerus clausus* avant l'accès à la deuxième année des études médicales, le scénario central de projection réalisé par la Drees montre que le nombre de médecins en activité augmenterait légèrement jusqu'en 2010 dans les Pays de la Loire, puis diminuerait ensuite, passant ainsi de 9 050 en 2002 à 9 540 en 2010 et à 9 070 en 2025. Au plan national, la baisse serait amorcée plus tôt.

* Rapport 2004 de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, T. 2 : Les médecins : projections démographiques à l'horizon 2025 par région et par spécialité, Ed. La Documentation française, 2004 - 47 p.

Mais la baisse de la densité médicale s'amorce…

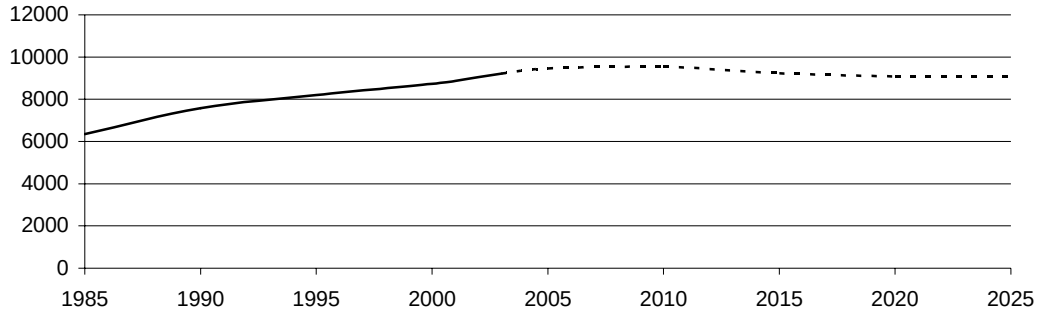
Si l'on traduit ces projections d'effectifs de médecins en termes de densité, en intégrant l'accroissement de la population, on passerait d'une densité médicale de 274 pour 100 000 habitants en 2002 à 245 en 2025 dans les Pays de la Loire, revenant ainsi au niveau du début des années 90. La baisse régionale (-10 % entre 2002 et 2025) resterait toutefois moins prononcée qu'au plan national (-16 %).

> *Ces projections ne doivent cependant pas être considérées comme des prévisions, mais plutôt comme des scénarios, dans la mesure où la plupart des hypothèses retenues sont fondées sur la poursuite de comportements passés.*

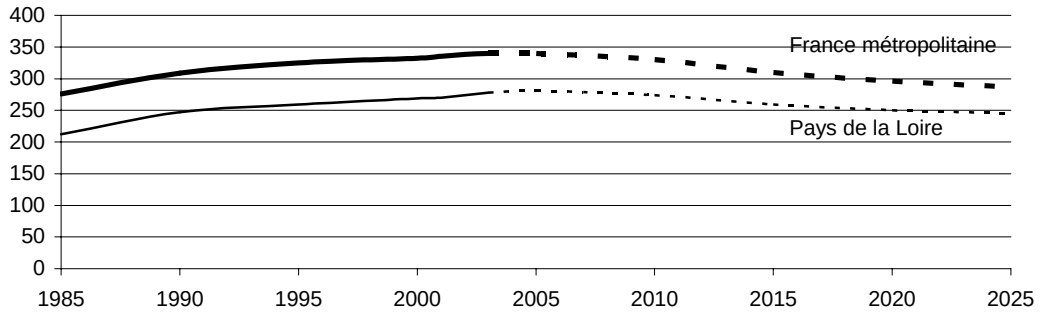
Projection du nombre de médecins dans les Pays de la Loire et France entière, et densité pour 100 000 habitants (scénario central)

	Pays de la Loire		France entière	
au 31 décembre	Effectifs	Densité (pour 100 000 hab.)	Effectifs	Densité (pour 100 000 hab.)
2002	9 050	274	201 164	338
2005	9 470	281	204 780	340
2010	9 537	274	202 130	330
2015	9 228	259	192 838	310
2020	9 091	250	186 177	296
2025	9 073	245	182 029	287

Evolution et projections du nombre de médecins dans les Pays de la Loire



Evolution de la densité des médecins en Pays de la Loire et en France métropolitaine



Sources : Drees Adeli redressé, Drees projections (scénario central), Insee

… mais d'autres paramètres doivent également être pris en compte !

Cependant, l'analyse en termes d'évolution de la densité, qui rapporte simplement un nombre de médecins à un nombre d'habitants, ne prend pas en compte certains paramètres.

La diminution du « potentiel de production de soins » que ces chiffres font apparaître risque d'être plus que proportionnelle à la diminution des effectifs, du fait de la tendance à la féminisation de la profession médicale (si les femmes continuent à avoir un temps de travail inférieur à celui des hommes) et de la tendance plus générale à la réduction du temps de travail (à l'hôpital ou en médecine libérale).

En ce qui concerne la population à prendre en charge, le vieillissement de la population accroît mécaniquement les besoins de soins. Or, les calculs de densité ne prennent pas en compte le vieillissement de la population, avec l'augmentation des recours aux soins que cette évolution implique.

Enfin, ces évolutions générales cachent des réalités différentes selon les territoires, les spécialités, et les types d'activité (libéral, salarié). Ainsi, pour le secteur libéral, la baisse des effectifs médicaux est déjà d'actualité dans la région.

Des écarts entre les régions qui resteraient marqués

Les densités médicales sont aujourd'hui très variables d'une région à l'autre, avec des écarts qui se situent entre 1 et 1,7 en 2002 (DOM exclus). Le scénario central de projection de la DREES montre que les régions les plus médicalisées et notamment l'Ile de France et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur perdront proportionnellement plus de médecins que les régions les moins pourvues, et l'on assisterait donc à une réduction spontanée des écarts inter régionaux. Les écarts resteraient cependant marqués (entre 1 et 1,5 en 2025 selon les projections de la DREES).

Toutefois, ces projections régionales doivent être utilisées avec précaution dans la mesure où elles se basent sur le maintien des comportements des professionnels récemment observés, notamment en terme de mobilité entre région de diplôme et région d'exercice. En effet, les modifications de ces comportements de mobilité à l'installation, liées à la réforme de l'internat ou à l'attractivité de certaines régions, sont susceptibles d'exercer une influence sensible.

Enfin, même si la tendance de rééquilibrage entre les régions se confirme, la question de la répartition géographique fine du corps médical restera posée. On peut ainsi craindre une accentuation des écarts au détriment de zones fragiles telles que les campagnes isolées ou les banlieues défavorisées.

Projection du nombre de médecins dans les régions françaises, et densité pour 100 000 habitants (scénario central) au 31 décembre

	effectifs			densités		
	2002	2025	Evolution	2002	2025	Evolution
Alsace	6 092	5 797	-5%	341	285	-17%
Aquitaine	10 445	10 773	3%	352	335	-5%
Auvergne	3 877	3 954	2%	296	316	7%
Basse-Normandie	3 922	3 761	-4%	273	256	-6%
Bourgogne	4 535	4 118	-9%	281	260	-8%
Bretagne	9 097	8 639	-5%	306	268	-13%
Centre	6 632	5 663	-15%	268	218	-19%
Champagne-Ardenne	3 677	3 634	-1%	274	283	3%
Franche-Comté	3 279	3 086	-6%	291	271	-7%
Haute-Normandie	4 835	4 585	-5%	269	249	-8%
Ile-de-France	47 127	36 418	-23%	425	311	-27%
Languedoc-Roussillon	8 929	7 937	-11%	374	271	-28%
Limousin	2 366	2 380	1%	333	348	4%
Lorraine	6 878	6 022	-12%	298	271	-9%
Midi-Pyrénées	9 637	8 292	-14%	368	283	-23%
Nord-Pas-de-Calais	11 748	11 610	-1%	292	288	-2%
PACA* et Corse	20 236	17 225	-15%	414	311	-25%
Pays de la Loire	9 050	9 073	0%	274	245	-10%
Picardie	4 804	4 791	0%	256	248	-3%
Poitou-Charentes	4 853	4 675	-4%	291	265	-9%
Rhône-Alpes	19 147	19 597	2%	331	305	-8%
DOM	4 021	3 937	-2%	229	171	-25%
France entière	205 185	185 966	-9%	335	283	-16%
France métrop	201 164	182 029	-10%	338	287	-15%

Sources : Drees Adeli redressé, Drees projections (scénario central), Insee

** PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur*

II-2 - Un partage différent des compétences entre les professionnels de santé pourrait limiter les tensions sur l'offre de soins

La baisse attendue du nombre de médecins et la question de leur répartition sur le territoire conduisent à s'interroger sur les conséquences de ces évolutions, et sur les moyens d'y répondre.

Une adaptation des modes d'organisation et de répartition de l'activité des différents professionnels de santé est, en effet, souvent citée comme pouvant apporter un élément de réponses aux problèmes de démographie médicale. Ce transfert de pratique d'un certain nombre d'actes ou d'interventions, actuellement pratiqués par des médecins pour des raisons réglementaires, à d'autres professionnels de santé pourrait être réalisé :

- soit par la création de nouvelles qualifications,
- soit par l'extension des compétences de professionnels de santé existants.

Le secteur des soins ambulatoires est particulièrement concerné par ces évolutions. Une première revue de la littérature réalisée par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES)*, publiée en 2003, montre la faisabilité et l'efficacité d'un transfert de certains actes de médecins vers des infirmières ayant reçu une formation complémentaire.

Ces expériences étrangères sont essentiellement anglo-saxones et les principaux domaines où les infirmières ont étendu leurs compétences sont :

- la promotion de la santé (bilans de santé, éducation du patient, dépistage …),
- le suivi de pathologies chroniques stabilisées (asthme, diabète, problèmes cardio-vasculaires),
- les soins de première ligne (problèmes de santé indifférenciés non diagnostiqués).

Ces expériences s'insèrent cependant dans des contextes spécifiques - réseaux de soins coordonnés aux Etats-Unis, organisation collective et pluridisciplinaire au Royaume Uni - et ne peuvent être transposées directement à la situation française.

Une étude complémentaire du même institut compare l'organisation des soins primaires (soins ambulatoires de proximité, action de prévention, d'éducation pour la santé, d'information et de conseil), le mode d'exercice des médecins, le rôle et l'activité des infirmières dans différents pays d'Europe et au Canada**.
Cette étude montre que les coopérations étroites entre médecins et infirmiers qui existent, soit à titre expérimental, soit de façon plus généralisée, sont les résultats de politiques volontaristes menées par les pouvoirs publics pour faire évoluer le mode d'exercice traditionnel des professionnels.

* Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières. Revue de la littérature 1970-2002, F. Midy, « Questions d'Economie de la Santé », n° 65, mars 2003 - CREDES - 4 p.
** La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec Y. Bourgueil, A. Marek, J. Mousquès, « Questions d'Economie de la Santé », n° 95, juin 2005 - CREDES - 12 p.

Par ailleurs, le cadre d'exercice préconisé actuellement est celui du cabinet libéral, en médecine de groupe.
Enfin, cette étude comparative montre que c'est principalement par le développement de tâches nouvelles (éducation, prévention, conseil, certaines prescriptions) que se développe la participation des infirmières aux soins primaires, plutôt que par transfert direct de tâches anciennement exercées par les médecins.

En France, la possibilité d'expérimenter des transferts de compétences entre professions de santé a été ouverte par la loi du 9 août 2004. Elles couvrent un champ de pratiques qui va de l'éducation thérapeutique et de la promotion de la santé au développement d'une pratique d'évaluation clinique et de prescription encadrée.

Une expérimentation concernant le transfert d'un certain nombre d'actes de **radiothérapie** aux manipulateurs en radiologie médicale a été ouverte dans trois établissements de santé.

Un transfert de compétences entre le médecin **oncologue** et l'infirmière clinicienne spécialisée en oncologie dans le cadre de la chimiothérapie en hôpital de jour et à domicile est également envisagé.

En matière **d'ophtalmologie**, le rôle des orthoptistes dans la mise en œuvre des examens de réfraction (pour la prescription de lunettes), a été récemment réévalué, et ces auxiliaires médicaux exercent maintenant de plus en plus souvent au sein de cabinets médicaux.

En ce qui concerne la création de **nouveaux métiers**, une formation de conseiller en génétique a été mise en place, et la création d'une fonction de dosimétriste est à l'étude.

CHAPITRE III - LE VIEILLISSEMENT DEMOGRAPHIQUE ET SES CONSEQUENCES

La population des Pays de la Loire, comme celle de l'ensemble des régions françaises, vieillit, et ce mouvement va se poursuivre au cours des dix prochaines années (2005-2015).

Mais ces évolutions n'ont pas un caractère continu, et les transformations de la pyramide des âges ont une ampleur différente selon les territoires.

Evolution de l'effectif de la population âgée de 75 ans ou plus, à l'horizon 2015, par territoire de santé

	2005	2010	2015	Evolution 2005-2015 (%)
Nantes	59 923	68 937	75 904	26,7
Saint-Nazaire	24 625	28 406	31 038	26,0
Châteaubriant	6 601	7 474	7 724	17,0
Angers	34 431	38 731	41 801	21,4
Cholet	19 297	22 458	24 614	27,6
Saumur	10 551	11 736	12 266	16,3
Sablé-La Flèche	6 065	6 700	7 145	17,8
Laval	11 668	13 323	14 649	25,5
Mayenne	8 364	9 408	9 718	16,2
Château-Gontier	7 394	8 327	8 801	19,0
Le Mans	41 486	46 988	50 175	20,9
La Roche-sur-Yon	19 719	22 837	24 980	26,7
Les Sables-d'Olonne	12 931	15 548	17 576	35,9
Fontenay-le-Comte	8 859	9 860	10 407	17,5
Challans	8 777	10 369	11 547	31,6
Région	284 532	325 551	348 345	24,1

Source : Insee (Omphale)
** le total régional ne correspond pas exactement à la somme des lignes dans la mesure où les limites des territoires de santé n'épousent pas complètement le territoire régional*

Selon les projections Omphale, l'effectif des 75 ans et plus va progresser dans les Pays de la Loire de 14 % entre 2005 et 2010, puis de 7 % « seulement » entre 2010 et 2015. Globalement, d'ici 2015, l'effectif des 75 ans et plus (284 500 personnes en 2005) devrait progresser de 24 % dans la région.

A l'intérieur de la région, **l'augmentation la plus forte est celle du territoire de santé des Sables-d'Olonne,** + 36 %, devant celui de Challans (32 %). Viennent ensuite les territoires de santé constitués autour des grandes agglomérations, avec une augmentation supérieure à 25 % dans les territoires de Nantes (27 %), Saint-Nazaire (26 %), Cholet (28 %), Laval (26 %), et La Roche-sur-Yon (+ 27 %).

Territoire de santé
Le territoire de santé est un espace géographique à l'intérieur duquel est défini le « projet médical de territoire », qui est une composante du Schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS). Ses limites sont arrêtées par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Dans le cadre du SROS, des objectifs quantifiés de l'offre de soins par activité de soins sont établis au niveau de ces territoires.
Cette notion, qui dépasse le cadre strictement hospitalier, s'est substituée à celle de secteur sanitaire, dans l'ordonnance de septembre 2003.

L'effectif des 85 ans et plus va augmenter de 83 % au cours des dix prochaines années

La perspective démographique est différente en ce qui concerne l'effectif des 85 ans et plus, avec une augmentation attendue beaucoup plus importante, + 83 % en dix ans, soit une progression annuelle au rythme de 6 %. Cela correspond à 54 000 personnes supplémentaires âgées de 85 ans et plus dans la région.

Dans le territoire des Sables-d'Olonne, leur effectif va doubler, mais des progressions très fortes vont se produire également dans la plupart des territoires de santé, et en particulier à Saint-Nazaire (94 %), Cholet (92 %), La Roche-sur-Yon (94 %) et Challans (93 %).

Evolution de l'effectif de la population âgée de 85 ans ou plus, à l'horizon 2015, par territoire de santé

	2005	2010	2015	Evolution 2005-2015 (%)
Nantes	13 058	19 716	24 773	89,7
Saint-Nazaire	5 088	7 866	9 896	94,5
Châteaubriant	1 293	1 932	2 391	84,9
Angers	8 315	12 045	14 653	76,2
Cholet	4 205	6 315	8 068	91,9
Saumur	2 381	3 421	4 162	74,8
Sablé-La Flèche	1 504	1 984	2 423	61,1
Laval	2 747	3 986	4 961	80,6
Mayenne	1 976	2 871	3 549	79,6
Château-Gontier	1 728	2 454	3 004	73,8
Le Mans	9 934	13 981	17 034	71,5
La Roche-sur-Yon	4 192	6 405	8 133	94,0
Les Sables-d'Olonne	2 716	4 175	5 550	104,3
Fontenay-le-Comte	2 009	2 915	3 544	76,4
Challans	1 901	2 887	3 661	92,6
Région	63 873	94 173	117 326	83,7

Source : Insee (omphale)
** le total régional ne correspond pas exactement à la somme des lignes dans la mesure où les limites des territoires de santé n'épousent pas complètement le territoire régional*

Cette évolution particulièrement brutale correspond toutefois à un retournement de tendance. En effet, entre 2000 et 2005, l'effectif de la population âgée de 85 ans ou plus a baissé dans la région, suite à l'arrivée des classes creuses nées pendant la guerre 1914-1918. En 2005, les personnes âgées de plus de 85 ans ont le même effectif qu'en 1995.

Les conséquences multiples du vieillissement démographique

Les conséquences d'une telle évolution sont multiples que ce soit en terme de recours aux soins ou de demandes d'aides (allocation personnalisée d'autonomie, entrées en institution…).

En effet, comme on l'a vu précédemment, les recours aux soins augmentent fortement avec l'âge.

De la même façon, les demandes d'APA sont fortement liées aux incapacités, qui elles aussi sont liées au grand âge.

SEPTIEME PARTIE

Relation formation-emploi : des problématiques émergentes

SOMMAIRE

Introduction

Chapitre I - Eléments de contexte

Chapitre II - Des problématiques émergentes

INTRODUCTION

La réflexion interprofessionnelle qui va s'engager dans le cadre du Schéma régional éducation-formation (SREF), sous la responsabilité du conseil régional, va s'effectuer alors que de nombreux changements sont intervenus, suite aux lois de décentralisation et aux différentes réformes engagées depuis une quinzaine d'années.

Sur le plan institutionnel, on observe aujourd'hui une dissymétrie des territoires dans le domaine sanitaire et social, les politiques publiques étant maintenant divisées territorialement et politiquement, entre le département et la région.

Les questions sociales sont essentiellement décidées et mises en œuvre au niveau départemental, principalement sous l'autorité des conseils généraux. En revanche, les politiques de santé sont traitées régionalement, partagées entre de multiples décideurs, DRASS (politique de santé publique), ARH (planification hospitalière), URCAM (secteur ambulatoire), conseil régional (formation).

Or, les questions sanitaires et sociales ont de nombreuses frontières communes, que ce soit dans le champ du soin en général, de la santé mentale, du handicap, des personnes âgées…

La réflexion qui s'engage maintenant au niveau interprofessionnel, suite au transfert de compétences des formations sanitaires et sociales, permet cependant de porter un regard transversal à ces deux champs, car rien ne justifie en matière de formation de reproduire les clivages existants entre ces activités.

Face à un modèle de formation très autocentré, où les logiques de métiers sont particulièrement fortes, une telle mise en perspective peut constituer un aiguillon pour ces deux branches d'activité.

CHAPITRE I - ELEMENTS DE CONTEXTE

Pour mener à bien l'évaluation des besoins en matière de formation aux professions sanitaires et sociales, plusieurs éléments de contexte peuvent être rappelés.

L'éclatement des modes de représentation professionnelle

Dans le secteur sanitaire et social, la diversité des statuts, et plus largement des métiers, est la règle.

Cette situation est à l'origine d'une grande dispersion des modes de représentations professionnelles entre les trois fonctions publiques (hospitalière, territoriale, Etat), les cliniques privées à caractère commercial, le secteur associatif qui comprend deux branches distinctes, et le secteur libéral.

Pour le moment, le cadre régional est dépourvu d'une instance de concertation commune à l'ensemble de ces activités, qui partagent pourtant les mêmes préoccupations en matière d'emploi. Ce lieu de concertation reste à créer.

Des métiers d'importance démographique très variable

L'évaluation des besoins de formation soulève un certain nombre de difficultés, liées à la grande diversité des métiers et des activités exercées, en particulier pour les professions sanitaires (avec une quinzaine de professions différentes).

Chaque métier développe des compétences spécifiques qui répondent à des besoins propres, que ce soit dans le domaine de l'accouchement et du suivi de la grossesse, des soins généraux, de la rééducation de la vision ou des troubles de la voix et de la parole, de la rééducation physique, de l'optique lunetterie, ou de l'imagerie médicale….

Par ailleurs, les effectifs en activité sont très variables : autour de 130 orthoptistes sont en activité dans la région contre près de 23 000 infirmiers.

L'analyse des besoins de formation nécessite donc autant d'approches spécifiques que de métiers ou d'activité, à l'image du travail engagé par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) pour les manipulateurs en électro radiologie*.

* Etude sur les besoins de formation de manipulateurs en électro radiologie médicale en Pays de la Loire. Synthèse et propositions, Comité régional de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, juin 2005 - 35 p. + annexes

Des voies de formation de plus en plus diversifiées…

L'évaluation des besoins de formation doit tenir compte également de la diversification accrue des voies de formation, avec le développement de l'apprentissage et de la validation des acquis de l'expérience (VAE). Les voies traditionnelles de la formation initiale ne sont plus le passage exclusif pour accéder aux formations du secteur sanitaire et social.

Jusqu'à présent, la **VAE** ne concerne encore qu'un nombre limité de diplômes, mais cette voie de formation a déjà pris une part importante dans l'accès au DEAVS, ou au titre d'assistant de vie. La VAE se met progressivement en place pour les éducateurs spécialisés, les assistants sociaux, les aides-soignants, et dans quelques mois sans doute pour les infirmiers.

La formation par **alternance** (apprentissage) est elle aussi appelée à se développer. Les formations sanitaires et sociales accordent, en effet, traditionnellement une place très importante aux stages professionnels (à tous les échelons hiérarchiques), avec l'idée que la mise en situation professionnelle, pour des métiers d'intervention auprès des personnes, sont indispensables pour révéler les réelles capacités de l'étudiant en formation à s'adapter aux situations auxquelles il sera confronté dans son exercice professionnel.

Une section d'apprentissage pour les éducateurs spécialisés va ouvrir en septembre 2005 dans la région, et certains employeurs privés, les plus confrontés aux problèmes de recrutement, préconisent le développement de la formation en alternance pour le DE d'infirmier.

Un diagnostic à affiner

Plusieurs formations du secteur sanitaire et social sont confrontées dans la région à une baisse sensible du nombre de candidats. Face à cette évolution, il est nécessaire de savoir dans quelle mesure il s'agit d'une situation purement conjoncturelle ou d'une tendance plus profonde, les étudiants (essentiellement des étudiantes) diversifiant leur carrière professionnelle vers des activités qui étaient jusqu'à présent moins ouvertes aux femmes.

Par ailleurs, les statistiques du service public de l'emploi témoignent de tensions sur le marché du travail pour certaines professions, et en particulier les aides à domicile et les aides-soignants. Ces éléments de diagnostic restent à affiner. S'agit-il de problèmes de recrutements purement saisonniers, ou les tensions observées correspondent-elles à des problèmes particuliers à certains territoires, ou à certains types d'emploi.

Pour les professions sociales, et les assistants sociaux en particulier, le recensement des professionnels en activité que nous avons effectué dans ce rapport est incomplet, et nécessiterait des recherches complémentaires. Un meilleur repérage des métiers de la petite enfance apparaît également nécessaire.

CHAPITRE II - DES PROBLEMATIQUES EMERGENTES

Décloisonner les formations

Plusieurs textes récents témoignent de la volonté des pouvoirs publics d'effacer les frontières qui se sont progressivement installées entre dispositifs en fonction des publics pris en charge (personnes âgées et/ou handicapées), ou entre les aides et le soin, liées en partie aux différentes sources de financement mobilisées.

> *Ainsi, les Services de soins infirmiers à domicile (**SSIAD**) sont maintenant autorisés à intervenir aussi bien auprès des personnes âgées que des personnes de moins de 60 ans. La loi a également autorisé la création de **services polyvalents**, d'aides et de soins aux personnes âgées, qui peuvent permettre d'intégrer dans les mêmes équipes, un SSIAD et un service d'aides à domicile. De même, dans le domaine du **handicap**, des services polyvalents peuvent proposer des prestations d'accompagnement **et** de soins aux personnes handicapées.*

Plus généralement, les réseaux de santé, qui ont pour but de favoriser la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge, que ce soit entre le sanitaire et le social, entre les soins ambulatoires et l'hôpital, connaissent depuis une dizaine d'années un fort développement.

Le système de formation doit contribuer à son niveau à faciliter ces coopérations. Les professionnels qui, au cours de leur formation initiale, ont exercé dans un cadre coopératif sont plus à même de développer de telles pratiques dans leur exercice professionnel.

Donner toute sa place à la prise en charge à domicile

Le vieillissement de la population (augmentation de 83 % de l'effectif des 85 ans et plus au cours des dix prochaines années dans la région) est susceptible de provoquer dans les années à venir une croissance importante de la demande sociale, dans le contexte de resserrement de la démographie médicale.

Aujourd'hui, la prise en compte des compétences spécifiques des intervenants du domicile et la coopération domicile/établissement semble avoir encore une place marginale dans le contenu de nombreuses formations initiales.

A titre d'exemple, les infirmiers ne sont autorisés à effectuer des stages auprès des intervenants du domicile que de manière très récente. Cette activité (préparation des retours à domicile) n'est d'ailleurs pas repérée en tant que telle dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*.

* Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, Ministère chargé de la santé, Ed. ENSP, 2004 - p. 78 et p. 106

Demain, avec l'évolution sociale, les réponses aux besoins d'aides et de soins des personnes âgées ne pourront pas être seulement institutionnelles, et le développement des emplois du domicile a un caractère stratégique.

■■■ *Constituer des pôles de référence en travail social*

Depuis vingt ans, le travail social a été traversé par de grandes mutations : une mutation institutionnelle d'un côté, suite aux lois de décentralisation, et une montée en puissance de l'ensemble des dispositifs sociaux, que ce soit dans le domaine de l'insertion, de la gérontologie ou des personnes handicapées, dans un contexte d'augmentation des situations de précarité.

Les conseils généraux se sont vu attribuer progressivement la plupart des compétences dans le domaine social et ces nouvelles responsabilités confiées aux départements ont abouti dans de nombreux cas à des réorganisations importantes des services, qui ont concerné en particulier le travail social.

Dans ce contexte, les modes d'interventions des travailleurs sociaux ont beaucoup évolué. Le modèle d'intervention « individuel » a laissé progressivement la place à une organisation plus collective, où les objectifs de travail sont négociés et évalués.

Ces mutations rendent nécessaire une adaptation permanente des systèmes de formation. L'article 151 de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions (n° 98-657 du 29 juillet 1998) a introduit le principe de l'élaboration d'un schéma national des formations sociales, qui devait s'attacher à coordonner les différentes filières de formation des travailleurs sociaux, notamment avec l'enseignement supérieur. Le schéma national des formations sociales pour la période 2001-2005, adopté en mai 2001, a été décliné ensuite en schémas régionaux, dont l'élaboration a été pilotée par les DRASS.

Dans les Pays de la Loire, le premier schéma régional a été adopté en août 2001. Ses principales orientations peuvent être rappelées :

- redimensionner l'offre de formation initiale pour répondre aux nombreux départs attendus,
- faire face aux droits d'inscription élevés,
- adapter l'offre de formation (transversalité),
- développer les terrains de stage et valoriser la formation de tuteur de formation,
- valoriser les fonctions d'aide à la personne,
- promouvoir les formations d'encadrement.

Certaines orientations du schéma de la région des Pays de la Loire ont déjà été mises en œuvre :

- augmentation importante des capacités de formation (assistant social, éducateur spécialisé, auxiliaire de vie sociale, TISF, infirmier, aide-soignant…),
- développement de la VAE et ouverture d'une section d'apprentissage pour les éducateurs spécialisés….

En revanche, les rapprochements des centres de formation, sur chacun des deux sites de Nantes et d'Angers, n'ont pas été menés à leur terme. Dans ce contexte, la **constitution de pôles de référence dans le domaine du travail social** à Nantes et à Angers, préconisée par le schéma national comme par le schéma régional, reste un objectif de premier plan.

Prendre en compte le nouvel environnement des instituts de formation en soins infirmiers

Le transfert de compétences aux régions de la formation initiale des infirmiers est un changement d'environnement très important pour les IFSI, avec, en arrière-plan, l'évolution de la démographie médicale.

La formation des infirmiers est organisée aujourd'hui, dans la grande majorité des cas, sous la responsabilité de leurs principaux employeurs directs, les établissements publics de santé. Le projet de constitution d'une première année commune avec le PCEM1 (premier cycle des études médicales, dentaires et de sages-femmes) n'est plus d'actualité, les universités devant prendre en compte l'augmentation progressive des quotas d'accès en deuxième année.

Ce nouveau contexte amène à s'interroger sur l'évolution du réseau des IFSI de la région, et en particulier sur les liens entretenus par les instituts aussi bien avec les différents milieux professionnels qui accueillent des infirmiers (et en particulier avec les intervenants du domicile), qu'avec l'université (équivalence LMD), afin de constituer dans la région de véritables pôles de ressources et de recherche en soins infirmiers.

Les emplois d'aide à la personne gardent une place prépondérante

L'importance des activités d'aides à la personne a été abondamment commentée dans ce rapport, que ce soit dans le domaine social (auxiliaire de vie sociale, aide-médico-psychologique), comme dans le domaine sanitaire (aide-soignant). Ces formations représentent environ la moitié des effectifs en formation transférés aux régions, et une part très importante de l'emploi dans les hôpitaux et cliniques, comme dans les établissements sociaux.

Il nous semble que ces différentes formations, qui correspondent au même niveau de qualification, doivent faire l'objet d'une réflexion globale dans le cadre de l'élaboration des schémas des professions sociales et des professions sanitaires.

Cette réflexion globale est d'autant plus nécessaire que d'autres formations sont délivrées par les ministères de l'Education (BEP, mention complémentaire aide à domicile), du Travail (titre assistant de vie), et de l'Agriculture (BEPA, option services aux personnes) qui apparaissent relativement concurrentielles les unes par rapport aux autres. Une réflexion commune sur la complémentarité de ces différentes voies de formation reste à engager.

La réflexion sur la complémentarité des métiers de l'aide à la personne a déjà été conduite au niveau du DEAVS et a permis d'organiser un système d'allégements automatiques de modules lors de l'accès à la formation.

De manière générale, l'adéquation des besoins de formation aux possibilités d'emploi dans ces métiers doit cependant s'inscrire dans une démarche de territoires.

Pour les aides-soignants, il semble nécessaire également de rechercher les moyens de faciliter l'accès à la formation (par une diversification des voies de formation), qui, pour partie, est limité par des contraintes économiques.

■■■ *Engager une réflexion sur les conditions d'accueil des stagiaires*

Les différents entretiens conduits à l'occasion de l'élaboration de ce rapport conduisent à s'interroger sur les conditions d'accueil des stagiaires, à la fois sur le plan matériel (logement, indemnisation), et sur les conditions du déroulement du stage (charte d'accueil du stagiaire, tutorat).

L'augmentation rapide des capacités de formation a posé des problèmes d'organisation évidents, les établissements de santé ou les structures sociales ne disposant pas toujours des moyens, ou n'étant pas préparés à l'accueil de ces étudiants en formation.

La formation des stagiaires est une activité à part entière des établissements et services concernés qui nécessite d'être reconnue en tant que telle. De ce point de vue, le schéma national des formations sociales 2001-2005 contenait des propositions précises concernant la reconnaissance des lieux de stage comme sites qualifiant, et la diversification des lieux de stage, avec (ou non) tutorat formalisé.

■■■ *Equivalence LMD : développer les liens avec le monde universitaire*

Les formations sanitaires et sociales de niveau III sont également confrontées au problème des équivalences avec le cursus universitaire LMD (licence-master-doctorat). Malgré leurs trois années d'études, aucun de ces diplômes ne donne l'équivalence de la licence. Dans certains instituts de soins infirmiers, les étudiants ont cependant la possibilité de suivre en parallèle un cursus adapté leur offrant l'équivalence de la licence « sciences de l'éducation ».

Les formations sanitaires et sociales doivent s'inscrire dans le marché très concurrentiel de la formation initiale, en offrant en particulier des conditions d'équivalence attractives, pour des parcours professionnels tout au long de la vie qui seront sans doute, pour les nouvelles générations, de moins en moins linéaires.

ANNEXES

I - Bilan général de l'emploi dans la branche sanitaire et sociale

II - Définition des activités de santé et d'action sociale
selon la nomenclature économique de synthèse (NES36)

III - Estimation du nombre total d'actifs dans les établissements
pour personnes âgées au 1er janvier 2004

IV - Contenu des enseignements du DEAVS

V - Modèle de projections démographiques des médecins (DREES)

I- Bilan général

	EMPLOIS REPÉRÉS DANS L'ÉTUDE		AUTRES	TOTAL
	Nb. d'emplois	*Sources*		Nb. d'emplois
1 - ETABLISSEMENTS				
Etablissements de santé	**56 280**			**56 280**
Emplois non médicaux	53 220	*Enq. SAE 01/01/04*		
Emplois médicaux				
- Praticiens à temps plein	2 220	*Enq. SAE 01/01/04*		
- Internes	840	*Enq. SAE 01/01/04*		
** non compris les praticiens exerçant à temps partiel*				
Etablissements médico-sociaux pour personnes handicapées	**11 870**			**11 870**
Etablissements pour jeunes handicapés	5 710	*Enq. ES 01/01/02*		
Etablissements pour adultes handicapés	6 160	*Enq. ES 01/01/02*		
Autres établissements du secteur éducatif			**3 660**	**3 700**
Autres établs personnes handicapées, établs protection de l'enfance, CHRS…			3 660 *Enq. ES 01/01/96*	
Etablissements d'hébergement pour personnes âgées	**17 000**	*Enq. EHPA 01/01/04 et estimation ORS*		**17 000**
2 - DOMICILE				
Aide à domicile	**71 170**			
- Branche aide à domicile*	10 260	Comité de pilotage **		
- Branche employés de maison*	42 460	IRCEM		
- Assistant maternel	24 890	IRCEM		
** dont 6 440 actifs rémunérés à la fois par un service prestataire et en emploi direct*				
Soins de proximité	**27 770**			**27 770**
Cabinets de médecins				
- médecins libéraux	5 370	*SNIR 01/01/04*		
- salariés (APE 851C)	3 180	*DADS 01/01/03*		
Cabinets de dentistes				
- dentistes libéraux	1 740	*SNIR 01/01/04*		
- salariés (APE 851E)	1 210	*DADS 01/01/03*		
Sages-Femmes	140	*SNIR 01/01/04*		
Infirmiers				
- infirmiers libéraux	1 660			
- infirmiers salariés CSI	500			
- infirmiers salariés SSIAD	190			
Professionnels de la rééducation				
- masseurs-kinés libéraux	1 970	*SNIR 01/01/04*		
- orthophonistes libéraux	570	*SNIR 01/01/04*		
- orthoptistes libéraux	60	*SNIR 01/01/04*		
Officines pharmaceutiques (APE 523A)				
- pharmaciens titulaires	1 530	Adeli 01/01/04		
- salariés (APE 523A)	5 400	*DADS 01/01/03*		
Laboratoires d'analyses médicales				
- salariés (APE 851K)	1 570	*DADS 01/01/03*		
Ambulanciers				
- salariés (APE 851J)	2 610	*DADS 01/01/03*		
Autres				
- Grossistes répartiteurs				
- salariés (APE 514N)	1 450	*DADS 01/01/03*		

*** Comité de pilotage des services associatifs d'aide à domicile*

II - Définition des activités de santé et d'action sociale selon la nomenclature économique de synthèse (NES36)

Postes NAF (nomenclature d'activités française)

85-1 Activités pour la santé humaine

- 85.1A Activités hospitalières
- 85.1C Pratique médicale
- 85.1E Pratique dentaire
- 85.1G Activités des auxiliaires médicaux
- 85.1H Soins hors d'un cadre réglementé
- 85.1J Ambulances
- 85.1K Laboratoires d'analyses médicales
- 85.1L Centres de collecte et banques d'organes

85-2 Activités vétérinaires

- 85.2Z Activités vétérinaires

85-3 Action sociale

- 85.3A Accueil des enfants handicapés
- 85.3B Accueil des enfants en difficulté
- 85.3C Accueil des adultes handicapés
- 85.3D Accueil des personnes âgées
- 85.3E Autres hébergements sociaux
- 85.3G Crèches et garderies d'enfants
- 85.3H Aide par le travail, ateliers protégés
- 85.3J Aide à domicile
- 85.3K Autres formes d'action sociale

III - Estimation du nombre total d'actifs dans les établissements pour personnes âgées au 1er janvier 2004

Estimation basée sur le statut des établissements

	Public			Privé			
	Fonction publique territoriale	Fonction publique hospitalière	Société mutualiste	Association	Congrégation	Société	Total
Nombre d'actifs recensés par l'enquête	3 700	3 770	659	4 300	624	696	13 749
ETP recensés par l'enquête	3 100	3 325	467	3 385	531	580	11 388
1 - Redressement sur le nombre de structures							
nb struct. répondants	176	100	25	141	21	22	
nb struct. non répondants	45	14	1	48	8	11	
nb total d'actifs estimé 1	**4 646**	**4 298**	**685**	**5 764**	**862**	**1 044**	**17 299**
ETP estimé 1	**3 893**	**3 790**	**485**	**4 537**	**734**	**871**	**14 309**
2 - Redressement sur le nombre de places							
nb places struct. répondants	10054	6982	1589	8994	1308	1344	
nb places struct. non répondants	2360	853	38	3127	213	844	
nb total d'actifs estimé 2	**4 569**	**4 231**	**675**	**5 795**	**726**	**1 133**	**17 128**
ETP estimé 2	**3 828**	**3 731**	**478**	**4 561**	**618**	**945**	**14 160**

Estimation basée sur le type de structures

	Public			Privé			
	Maison de retraite	Logement-foyer	Hébergement temporaire	Maison de retraite	Logement-foyer	Hébergement temporaire	Total
Nombre d'actifs recensés par l'enquête	4 396	3 067	7	5 776	467	36	13 749
ETP recensés par l'enquête	3 890	2 529	6	4 584	355	24	11 388
3 - Redressement sur le nombre de structures							
nb struct. répondants	111	164	1	176	28	5	
nb struct. non répondants	17	42		62	4	2	
nb total d'actifs estimé 3	**5 069**	**3 852**	**7**	**7 811**	**534**	**50**	**17 324**
ETP estimé 3	**4 485**	**3 176**	**6**	**6 198**	**406**	**34**	**14 306**

Source : Enquête EHPA 2003

IV - Contenu des enseignements théoriques du DEAVS

		Volume horaire
UNITE DE FORMATION 1 : BENEFICIAIRES DE L'INTERVENTION		
Module 1	Connaissance des publics	63 h
Module 2	Pathologies, processus invalidants	63 h
UNITE DE FORMATION 2 : ACCOMPAGNEMENT ET AIDE AUX PERSONNES DANS LES ACTES ESSENTIELS DE LA VIE		
Module 3	Ergonomie	28 h
Module 4	Santé et hygiène	49 h
UNITE DE FORMATION 3 : ACCOMPAGNEMENT ET AIDE AUX PERSONNES DANS LES ACTIVITES ORDINAIRES DE LA VIE QUODITIENNE		
Module 5	Alimentation, repas	42 h
Module 6	Entretien du linge et cadre de vie	42 h
UNITE DE FORMATION 4 : ACCOMPAGNEMENT ET AIDE AUX PERSONNES DANS LES ACTIVITES DE LA VIE SOCIALE ET RELATIONNELLE		
Module 7	Action sociale et ses acteurs	28 h
Module 8	Animation et vie quotidienne	35 h
UNITE DE FORMATION 5 : METHODOLOGIE D'INTERVENTION		
Module 9	Exercice professionnel, responsabilité et déontologie	35 h
Module 10	Mise en oeuvre de l'intervention	49 h
Module 11	Communication, liaison et relation d'aide	49 h

Source : arrêté du 26 mars 2002

V - Modèle de projections démographiques des médecins : méthode et hypothèses

Le modèle de projections de la démographie médicale élaboré en collaboration par l'Ined et la Drees permet d'établir des projections d'effectifs de médecins selon le sexe, l'âge, la spécialité, le mode d'exercice principal (libéral, salarié hospitalier, salarié non hospitalier) et la région d'exercice.

Le modèle utilise les ***données du répertoire Adeli redressées*** *par la Drees (redressements permettant de prendre en compte les défauts d'inscription des médecins salariés, et notamment des hospitaliers) au 31 décembre 2002.*

Le modèle simule l'évolution des effectifs année après année jusqu'en 2025, d'abord globalement pour les étudiants (méthode dite "par composantes"), puis individuellement pour les médecins en activité (méthode de "micro-simulation").

Le ***scénario de projection central*** *s'appuie sur les hypothèses suivantes :*

- Le numerus clausus est porté à 7 000 en deux ans, et maintenu constant à ce niveau sur toute la période de projection. Il est réparti par région en supposant que chaque région conserve la même part du numerus clausus qu'en 2004.

- Pour les disciplines hors médecine générale, le nombre total de places à l'examen national classant est fixé à partir de 2005 à 50 % du numerus clausus cinq ans auparavant, avec une répartition par discipline et région identique à celle de l'examen national classant de 2004.

- Le nombre de places de médecins généralistes à l'examen national classant est déterminé de manière à ce que, dans chaque région, le nombre total d'étudiants entrant en troisième cycle des études médicales corresponde au numerus clausus de la région cinq ans plus tôt. Ce mode de détermination du nombre de places de troisième cycle en médecine générale marque donc une rupture avec la situation ayant prévalu jusqu'à présent, dans laquelle le nombre d'étudiants entrant en troisième cycle de médecine générale dépendait du taux de réussite des étudiants de la région à l'internat. Cette situation se caractérisait par des capacités totales de formation qui, pour une même région, pouvaient être assez différentes entre deuxième et troisième cycles. Avec l'entrée en vigueur de l'examen national classant en 2004, les nombres de places de troisième cycle ouvertes dans chaque région peuvent en théorie être déterminés a priori. Toutefois, il est encore difficile de formuler une hypothèse sur la manière dont le nombre total de places sera effectivement ventilé par région dans les années à venir. En effet, la répartition régionale des postes à l'examen national classant n'est connue que pour 2004, et, s'agissant de la première année de mise en œuvre de la réforme, cette répartition s'est encore largement appuyée sur les capacités de formation passées en troisième cycle.

• Les comportements de mobilité des médecins entre région de diplôme et d'exercice sont supposés constants et identiques à ceux observés dans les années récentes. Plus précisément, les mobilités en cours de carrière ne sont pas explicitement modélisées dans la projection, mais sont prises en compte pour l'attribution d'une région d'exercice aux médecins nouvellement diplômés pour chaque région de diplôme, la répartition des nouveaux diplômés par région d'exercice, est, à sexe et catégorie de médecin donnée (généraliste / spécialiste), supposée identique à la répartition actuelle par région d'exercice des médecins diplômés depuis la précédente réforme de l'internat (entrée en vigueur en 1984).

• Les autres comportements des médecins et étudiants sont également supposés constants et identiques à ceux observés dans les années les plus récentes (redoublement, choix de spécialité, cessation d'activité,...).

A partir de ce scénario central ont été construites cinq alternatives, en faisant varier à chaque fois une hypothèse et une seule pour en isoler l'effet, mais celles-ci n'ont pas été présentées ici.

Les données détaillées sont présentées dans Etudes et Résultats n°352 et 353 de la DRESS (novembre 2004) et dans le rapport de l'Observatoire national de la démographie médicale (Tome 2).

BIBLIOGRAPHIE

AIDES A DOMICILE

■ Développer l'offre à la personne
G. Bentoglio, Groupe Délos,
Commissariat général du Plan
« Les Cahiers du Plan », n° 4, mars 2005 - 94 p.

■ Plan de développement des services à la personne. Pour la constitution d'un pôle d'excellence nationale dans le secteur des services à la personne
Ministère de l'emploi, du travail, et de la cohésion sociale, février 2005 - 49 p. + annexes

■ L'emploi à domicile toujours très dynamique en 2003
« ACOSS Stat Bilan », n° 19, octobre 2004 - 6 p.

■ Le personnel des services d'aide à domicile en 1999
S. Bressé
« Etudes et Résultats », n° 297, mars 2004 - DREES - 8 p.

■ Emplois de proximité
G. Cette, P. Héritier, D. Taddéi, M. Théry, Conseil d'analyse économique
Ed. La Documentation française, 1998 - 227 p.

Pays de la Loire

■ Etude sur l'évaluation des besoins en matière de formation des salariés et des bénévoles du secteur de l'aide à domicile
Anjou Domicile, Acor Conseil, mars 2004 - 76 p.

■ La branche professionnelle des aides à domicile dans les Pays de la Loire
ORS des Pays de la Loire, 1999 - 25 p.

BRANCHES PROFESSIONNELLES

■ Branche « aides à domicile » (BAD)
Accord de branche du 29 mars 2002 relatif aux emplois et rémunérations modifié par l'avenant n° 1 du 4/12/02 et l'avenant n° 2 du 4/4/03 - 73 p.

■ Contrat d'étude prospective (CEP) social et médico-social de la branche professionnelle des établissements à but non lucratif
CREDOC, LERFAS, GREFOSS, 2002 - 378 p.

■ L'aide à domicile et les employés de maison. Contrat d'étude prospective (CEP)
Ministère de l'emploi et de la solidarité
Ed. La Documentation française, 1999 - 315 p. - (Coll. « Prospective Formation Emploi »)

CONSOMMATION DE SOINS

■ Comptes nationaux de la santé 2003
A. Fénina, Y. Geffroy
Ed. La Documentation française, 2005 - 97 p. - (Coll. « Etudes et Statistiques »)

■ 40 années de dépenses de santé : une rétropolation des comptes de la santé de 1960 à 2001
L. Caussat, A. Fenina, Y. Geffroy
« Etudes et Résultats », n° 243, juin 2003 - DREES - 12 p.

■ Les Français et leur santé. Enquête santé 1991-1992
« Solidarité Santé. Etudes Statistiques », n° 1, janvier-mars 1994 - SESI - 204 p.

■ Enquête sur la santé et les soins médicaux 1991-1992. Consommation médicale de ville
P. Mormiche, F. Urbaniak
« INSEE Résultats », n° 342-343-344, Consommation-modes de vie, n° 64-65-66, novembre 1994 - 357 p.

DEMOGRAPHIE MEDICALE ET PROFESSIONS DE SANTE

■ Les professions de santé au 1er janvier 2005
D. Sicard
« Document de Travail. Série Statistiques », n° 82, mai 2005 - DREES - 61 p.

■ Les médecins. Estimations au 1er janvier 2004
D. Sicart
« Document de Travail. Série Statistiques », n° 78, mars 2005 - DREES - 96 p.

■ Rapport de la Mission démographie médicale
Y. Berland
Ministère chargé de la santé, avril 2005 - 61 p.

■ Dynamiques professionnelles dans le champ de la santé
« Revue Française des Affaires Sociales », vol. 59, n° 1, janvier-mars 2005 - DREES - 333 p.

■ La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national
S. Bessière, P. Breuil-Genier, S. Darriné
« Etudes et Résultats », n° 352, novembre 2004 - DREES - 12 p.

■ La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections
S. Bessière, P. Breuil-Genier, S. Darriné
« Etudes et Résultats », n° 353, novembre 2004 - DREES - 12 p.

■ Rapport 2004 de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé
T1 : Les effectifs et l'activité des professionnels de santé - 156 p.
T2 : Les médecins : projections démographiques à l'horizon 2025 par région et par spécialité - 47 p.
T3 : Analyse de trois professions : sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale - 122 p.
T4 : Démographie régionale de 5 professions de santé de premier recours - 207 p.
Synthèse - 54 p.
Ed. La Documentation française, 2004

■ Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de santé. Rapport de mission
Y. Matillon
Ministère chargé de la santé, Ministère de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, août 2003 - 94 p.

■ Commission pédagogique nationale de la première année des études de santé
D. Debouzie
Ministère chargé de la santé, juillet 2003 - 58 p.

■ Les métiers de la santé. Les fiches métiers
Ministère chargé de la santé, novembre 2002 - 139 p.

■ Mission « Démographie des professions de santé »
Y. Berland
Ministère chargé de la santé, novembre 2002 - 113 p.

■ Les médecins. Estimations de 1984 à 2000. Séries longues
D. Sicart
« Document de Travail. Série Statistiques », n° 22, juillet 2001 - DREES - 60 p.

■ Démographie médicale. Peut-on évaluer les besoins en médecins ? Actes du séminaire du 11 octobre 2000
CNAMTS, CREDES, 2000 - 155 p.

Pays de la Loire

■ Les disparités d'offre de généralistes libéraux entre départements s'accentuent
O. Jean, A. Lebeaupin
« Informations Statistiques », n° 171, juin 2005 - INSEE des Pays de la Loire - 2 p.

■ L'activité et le personnel de biologie médicale
DRASS des Pays de la Loire
« Echo des Stat. Pays de la Loire », n° 25, mars 2005 - 4 p.

■ Etude sur les besoins de formation de manipulateurs en électro radiologie médicale en Pays de la Loire. Synthèse et propositions
Comité régional de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, juin 2005 - 35 p. + annexes

■ Les médecins généralistes sont-ils assez nombreux dans la région ? Et en Mayenne ?
URCAM des Pays de la Loire, CPAM de la Mayenne, 2002 - 29 p.

ETABLISSEMENTS DE SANTE, ETABLISSEMENTS SOCIAUX

■ L'hôpital public en France : bilan et perspectives
E. Molinié
Les éditions des Journaux officiels, juin 2005 - 263 p. - (Coll. « Avis et Rapports du Conseil économique et social »)

■ Les établissements d'hébergement pour personnes âgées : locaux et équipements
N. Dutheil
« Etudes et Résultats », n° 380, mars 2005 - DREES - 8 p.

■ Les établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2003 : activité et personnel
F. Tugores
« Etudes et Résultats », n° 279, février 2005 - DREES - 8 p.

■ Les établissements et services médico-sociaux pour enfants et adolescents handicapés
S. Vanovermeir, D. Bertrand
« Document de travail. Série Statistiques », n° 71, novembre 2004 - DREES - 327 p.

■ Les établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés
S. Vanovermeir, D. Bertrand
« Document de travail. Série Statistiques », n° 64, mai 2004 - DREES - 257 p.

Pays de la Loire

■ Le personnel en fonction dans les structures pour handicapés en Pays de la Loire
DRASS des Pays de la Loire
« Echo des Stat. Pays de la Loire », n° 23, décembre 2004 - 6 p.

GESTION DES AGES

■ Gestion des âges dans le secteur sanitaire et social. L'exemple de la filière soignante et des métiers de l'aide à la personne
Inspection générale des affaires sociales, mai 2004 - 95 p. + annexes

Pays de la Loire

■ Les âges au travail
INSEE des Pays de la Loire, CARIF-OREF des Pays de la Loire, ARACT des Pays de la Loire, CRCI des Pays de la Loire
« Dossier », n° 7, septembre 2003 - 96 p.

■ Les départs en retraite des infirmiers du secteur salarié public
DRASS des Pays de la Loire
« Echo des Stat. Pays de la Loire », n° 4, novembre 2001 - 4 p.

MARCHE DU TRAVAIL

■ Les tensions sur le marché du travail en septembre 2003
DARES, ANPE
« Premières Informations et Premières Synthèses », n° 03.1, janvier 2004 - 4 p.

■ Résultats de l'enquête « Besoins en Main-d'œuvre » 2004
ASSEDIC des Pays de la Loire, CREDOC, 2004 - 40 p.

ORGANISATION, CONDITIONS DE TRAVAIL

■ Les conditions de travail des professionnels des établissements de santé : une typologie selon les exigences, l'autonomie et l'environnement de travail
R. Le Lan
« Etudes et Résultats », n° 373, février 2005 - DREES - 12 p.

■ Les conditions de travail perçues par les professionnels des établissements de santé
R. Le Lan, D. Babeau
« Etudes et Résultats », n° 335, août 2004 - DREES - 12 p.

■ Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité du personnel soignant
F. Douguet, J. Munoz
« Document de Travail. Série Etudes », n° 48, juin 2005 - DREES - 172 p.

■ La réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics : des difficultés liées à l'organisation
D. Tonneau
« Document de Travail. Série Etudes », n° 35, octobre 2003 - DREES - 117 p.

■ La réduction du temps de travail dans les établissements privés sanitaires, médico-sociaux et sociaux : les 35 heures à l'épreuve du passage
B. Segrestin, D. Tonneau
« Document de Travail. Série Etudes », n° 20, octobre 2001 - DREES - 73 p.

PROFESSIONS SANITAIRES ET SOCIALES

■ La décentralisation de la formation professionnelle et de l'apprentissage
R. Karoutchi, Observatoire de la décentralisation
Sénat, juillet 2005 - 79 p. - (Rapport d'information n° 455)

■ La mise en œuvre du transfert aux régions des formations sanitaires et sociales. Rapport de mission
P. Chevreul
Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, février 2005 - 86 p.

■ Le recrutement, la formation et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social
M. Pinaud
Les éditions des Journaux officiels, 2004 - 161 p. - (Coll. « Avis et Rapports du Conseil économique et social »)

■ Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière
Ministère chargé de la santé
Ed. ENSP, 2004 - 435 p.

Pays de la Loire

■ L'accompagnement des personnes handicapées ou en perte d'autonomie
Dans « Bâtir avec et pour les hommes la réussite de l'Ouest »
M. Marhadour, B. Rialland
CES des Pays de la Loire, 2004, tome 2 - pp. 401-514

■ Les formations aux professions de la santé et du social. Année de formation : 2003
DRASS des Pays de la Loire, 2004 - 32 p.

■ La relation formation emploi en Pays de la Loire
CARIF-OREF des Pays de la Loire, 2004 - 56 p.

■ L'emploi et la formation dans le secteur sanitaire et social dans les Pays de la Loire
ORS des Pays de la Loire, juillet 1999 - 99 p.

PROFESSION SOCIALE, TRAVAIL SOCIAL

■ Histoire des métiers du social en France
E. Jovelin, B. Bouquet
Ed. ASH, 2005 - 280 p.
■ L'accueil collectif et en crèches familiales des enfants de moins de 6 ans en 2002
B. Chastenet
« Document de Travail. Série Statistiques », n° 66, juillet 2004 - DREES - 60 p.
■ Le répertoire des métiers du travail social
Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, Ministère chargé de la santé, 2004 - 79 p.

■ Formation des acteurs du social, I - Enjeux et manœuvres
CEDIAS
« Vie Sociale », n° 2, 2003 - 130 p.

■ Schéma national des formations sociales 2001-2005
Direction de l'action sociale, mai 2001 - 138 p.

■ Les mutations du travail social. Dynamiques d'un champ professionnel
Sous la direction de J.-N. Chopart
Ed. Dunod, 2000 - 303 p.

Pays de la Loire

■ Les élèves en écoles de formation aux professions sociales
DRASS des Pays de la Loire
« Echo des Stat. Pays de la Loire », n° 27, juin 2005 - 6 p.

■ Schéma régional des formations en travail social 2001 - 2005. Région des Pays de la Loire. Bilan d'étape
DRASS des Pays de la Loire, septembre 2004 - 38 p.

■ Schéma régional des formations en travail social 2001 - 2005. Région des Pays de la Loire
DRASS des Pays de la Loire, août 2001 - 27 p. + annexes

PROSPECTIVE

■ Le point sur… La prospective des métiers et qualifications
C. Seibel, C. Sauvageot, A. Gauron *et al.*
« CPC Info », n° 37, 2003 - pp. 7-56

SOINS INFIRMIERS

■ Les cinq premières années de carrière des infirmiers sortis de formation initiale
R. Marquier
« Etudes et Résultats », n° 393, avril 2005 - DREES - 12 p.

■ Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et l'offre de soins infirmiers aux personnes âgées en 2002
S. Bressé
« Etudes et Résultats », n° 350, novembre 2004 - DREES - 8 p.

■ The nursing shortage : solutions for the short and long term
B. Nevidjon, J. I. Erickson
« Online Journal of Issues in Nursing », vol. 6, n° 1, janvier 2001 - 10 p.

Pays de la Loire

■ Le métier de cadre de santé infirmier aujourd'hui… Quel avenir ?
DRASS des Pays de la Loire, janvier 2005 - 65 p.

■ Les soins infirmiers de proximité en 2002
DRASS des Pays de la Loire
« Echo des Stat. Pays de la Loire », n° 11, octobre 2002 - 5 p.

TRANSFERT DE COMPETENCES

■ La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec
Y. Bourgueil, A. Marek, J. Mousquès
« Questions d'Economie de la Santé », n° 95, juin 2005 - CREDES - 12 p.

■ Efficacité et efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières. Revue de la littérature 1970-2002
F. Midy
« Questions d'Economie de la Santé », n° 65, mars 2003 - CREDES - 4 p.

■ Efficacité et efficience du partage des compétences dans le secteur des soins primaires. Revue de la littérature 1970-2002
F. Midy
CREDES, février 2003 - 42 p.

■ Mission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences ». Rapport d'étape
Y. Berland
Ministère chargé de la santé, 2003 - 57 p.

■ Médecins et autres métiers de santé : quelle collaboration, quelle cohabitation ? Vingtième jeudi de l'Ordre
Ordre national des médecins, 2003 - 24 p.

VAE

■ VAE et travail social. De l'expérience au diplôme
« Actualités Sociales Hebdomadaires », supplément au n° 2398, mars 2005 - 106 p.

■ Validation des acquis de l'expérience : construire une professionnalisation durable. Rapport d'étape
Haut comité éducation, économie, emploi
La Documentation française, 2004 - 128 p.

■ La validation des acquis de l'expérience au sein du Ministère chargé de l'emploi en 2003 : une rapide montée en charge
DARES
« Premières Informations et Premières Synthèses », n° 41.1, octobre 2004 - 4 p.