



## **Secrétariat d'Etat à la Solidarité**

### **Note technique**

**Vers des plans régionaux des métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes**

**Mardi 12 février 2008**

**Présentation générale et orientations**

# Sommaire

## Introduction

## I- Constat

## II- Méthode et Calendrier

## III- Enjeux et Périmètre

## IV- 4 priorités - 10 objectifs

## V- Fiches

- 1- La contribution des régions à la formation sanitaire et médico-sociale
- 2- Le secteur médico-social
- 3- Les métiers concernés
- 4- Un exemple : Les métiers en tension dans la branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée à but non lucratif
- 5- La professionnalisation des intervenants à domicile
- 6- Quels sont les financeurs actuels ?
- 7- Le mode d'intervention de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie dans le champ des formations médico-sociales
- 8- De nouvelles compétences à développer
- 9- La validation des acquis de l'expérience
- 10- L'offre de formation mobilisable
- 11- Exemples de parcours professionnels possibles :
  - D'un établissement médico-social vers une structure hospitalière
  - D'un service d'aide à domicile vers un établissement médico-social
  - De moniteur éducateur à éducateur spécialisé
  - D'aide soignant à moniteur éducateur

## Introduction

La nécessité de réaliser un plan des métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes résulte de plusieurs constats :

- l'obligation faite par la loi du 11 février 2005 relative à la politique du handicap de réaliser un plan des métiers du handicap ;
- l'intérêt de coordonner les actions des différents acteurs publics au sein desquels les régions tiennent une place essentielle après la loi du 13 août 2004 leur confiant les compétences en matière de formation professionnelle ;
- le rôle des organismes professionnels de collecte agréés ;
- les missions de l'Etat tant en matière d'emploi, de formation initiale et de définition des contenus de formation ;
- les attentes fortes des personnes concernées, de leur famille et des professionnels ;
- un gisement d'emplois non délocalisables considérable.

L'objet du présent document est, à partir des premières données chiffrées et d'analyses partagées :

- de proposer des orientations générales,
- de fixer une méthode et un calendrier,
- d'organiser la concertation.

C'est en effet sur la base de ces orientations que le document va être soumis à concertation auprès :

- des partenaires sociaux,
- du monde associatif. Il convient à ce titre de souligner la réflexion du CNCPPH et de son groupe de travail spécifique en matière de métiers du handicap,
- les associations d'élus locaux,
- les structures publiques (ANPE, CNFPT,...),
- les organismes collecteurs et les employeurs concernés.

## I. Constat

→ **Les estimations les plus récentes (2005) évaluent à près de 900 000 le nombre des professionnels paramédicaux et sociaux au service de la dépendance (source : CAS/DARES « les métiers en 2015 ») en établissement ou dans le cadre de l'aide à domicile.**

Plus de la moitié des salariés occupent des postes d'aide à domicile et d'accompagnement social, et plus d'un tiers sont dans les services techniques, dans l'administration ou l'accueil. Dans ces derniers emplois, et dans le cadre de contrats aidés, et dans 3 cas sur 10, les salariés sont des bénéficiaires de minima sociaux, ce qui concourt à l'activation de ces aides par l'accès ou le retour à l'emploi.

→ **Un besoin estimé à 400 000 emplois à l'horizon 2015**

Ce besoin est lié à 200 000 départs en retraite dans les 10 ans à venir et à la nécessité de créer 200 000 emplois nouveaux liés aux mesures nouvelles et aux créations de places en établissements et services médico-sociaux.

De plus, l'amélioration de la vie quotidienne des personnes âgées et handicapées et le développement de services aux familles ainsi qu'une répartition territoriale inégale contribuent dès aujourd'hui à des besoins d'emploi accrus dans ce secteur.

→ **Le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans aura doublé d'ici 2015**

Elles étaient 1 million de personnes en 2005, elles seront près de 2 millions en 2015.

**La loi du 11 février 2005 identifie de nouveaux droits pour les 5 millions de personnes handicapées que compte notre pays. Parmi elles :**

- 160 000 enfants handicapés sont accueillis dans les établissements scolaires du milieu ordinaire et 110 000 enfants sont accueillis en établissements spécialisés.
- 100 000 adultes handicapés sont accueillis en établissement médico-social et 110 000 en établissements et services d'aide par le travail

→ **Des créations de places nouvelles en établissement nécessitent des recrutements renforcés**

### **A titre d'exemple pour 2008**

Pour les personnes âgées :

- 7500 places en EHPAD
- 6000 places de SSIAD
- 2125 places d'accueil de jour et 1125 places d'hébergement temporaire

Pour les personnes handicapées :

- Pour les enfants : 2 200 places supplémentaires, dont 1 250 places de SESSAD, 300 places pour autistes, 150 pour polyhandicapés, 200 places pour déficients intellectuels et 300 places en ITEP
- Pour les adultes : 4 925 places nouvelles, réparties en 2 600 places en MAS/FAM, 225 places d'accueil temporaire et 2 100 places en SAMSAH / SSIAD.

→ **De nouvelles exigences de formation et un cadre éthique à définir pour des métiers qui s'exercent auprès de publics fragiles**

Il s'agit en effet de garantir à l'usager la qualité de son accompagnement : l'aspect central de la relation avec un usager nécessite que la réflexion sur le positionnement professionnel et l'éthique soient au cœur de la réforme. Et compte tenu de l'implication forte et nécessaire de ces professionnels, il est essentiel de leur préserver des possibilités de mobilité et de progression de carrière.

### **Ce qu'il faut améliorer pour préparer l'avenir**

1. **Les professionnels doivent être mieux qualifiés, notamment dans l'exercice au domicile**
2. **Les filières de formation sanitaires et sociales sont encore trop cloisonnées, même si les diplômes ont été conçus pour permettre des passerelles**
3. **Les services d'aide à la personne et les services d'origine associative ou publique manquent d'articulation.**
4. **On constate de réelles inégalités d'accès aux services et à la formation en termes d'équité territoriale**
5. **la dimension particulière de ces métiers, notamment au plan déontologique reste sous estimée, alors même que les associations et les syndicats l'évoquent régulièrement.**

## II. La méthode et le calendrier

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, c'est aux régions que revient la responsabilité de la définition et de la mise en œuvre de la politique de formation des travailleurs sociaux, dans le cadre du schéma des formations sociales, et celle de la répartition du nombre d'étudiants des formations sanitaires et paramédicales sur la base du schéma régional des formations sanitaires.

C'est à la région également d'assurer le financement de la formation initiale et des aides aux étudiants. Ces schémas, qui s'inscrivent dans le plan régional de développement des formations professionnelles (PRDFP) sont élaborés avec l'ensemble des acteurs concernés au niveau local (les branches professionnelles, les départements et l'Etat).

### **La méthode doit par conséquent s'appuyer sur le niveau régional et permettre une articulation entre les priorités du niveau national et celles du niveau régional**

#### **1- Au niveau régional : Le choix a été fait de procéder par expérimentation**

Elaboration de conventions avec trois régions expérimentatrices :

Un protocole d'accord sera signé avec le Nord-Pas de Calais. Les deux autres régions pressenties sont l'Alsace et le Centre.

Ces conventions permettront :

De fixer le cadre méthodologique de l'action engagée par la Région en lien avec les priorités et les objectifs du plan national des métiers de la dépendance : repérage des besoins, expérimentations de formations nouvelles, financement et conditions de contractualisations avec les partenaires financiers (déclinaisons des conventions cadres).

Au titre des signataires, outre l'Etat et la Région seront concernés : la CNSA, les fédérations d'établissement, les OPCA de branche et le cas échéant l'AFPA et le CNFPT.

#### **2- Au niveau national**

- **Mise en place d'un comité de pilotage au niveau interministériel et piloté par le Secrétariat d'Etat à la solidarité (Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité).**

Les ministères concernés outre le ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, sont : Ministère de l'Education Nationale, Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Emploi, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, la délégation interministérielle aux personnes handicapées, le Haut Commissariat aux solidarités actives, le Ministère de l'Intérieur et le Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Seront associés à ce comité de pilotage, les financeurs, les employeurs et les représentants d'associations : la CNSA, les branches professionnelles, les OPCA du secteur, l'ARF au titre des régions de France, l'ADF au titre des départements de France, l'UNCASS, le CNCPH, le CNRPA.

Ce comité de pilotage sera chargé du suivi global de l'expérimentation et se concentrera sur les missions suivantes :

- repérer les nouveaux métiers en lien avec les professionnels et les associations.
  - élaborer un répertoire national des métiers de la dépendance
  - travailler sur l'adaptation des formations
  - élargir les possibilités de recrutement en créant de nouvelles passerelles
  - déterminer l'impact législatif et réglementaire des expérimentations
  - élaborer un cadre éthique pour l'intervention des professionnels en établissements ou à domicile qui fera l'objet d'une recommandation de l'ANESM appuyé par un module de formation initiale continue.
  - construction du parcours d'accès aux métiers de la dépendance (PARMED).
- **Elaboration de conventions cadre nationales permettant de définir les grands objectifs et les capacités de financement :**

Ces conventions seront passées avec les réseaux de services et d'aide à domicile : UNA, ADMR, UNCCAS, FEPEM et le cas échéant avec les OPCA (UNIFAF, UNIFORMATION,...) dans le cadre des politiques de branche.

## **Le calendrier**

Février 2008 : Lancement et présentation des orientations au niveau national et premières contractualisation avec la région Nord-Pas de calais

Mars 2008- Avril 2008 : Concertation avec les différents partenaires concernés (organisations syndicales, associations, ARF, ADF) sur les priorités et les objectifs du plan et Mise en place du Comité de pilotage national

Mars - juin 2008 : Elaborer les conventions d'objectifs et de moyens avec la région Nord-Pas de Calais et avec les deux autres régions pressenties, le Centre et Alsace

Juin 2008 : Préparer dans chaque région la rentrée 2008 avec la mise en place d'actions concrètes pour les personnels concernés.

Septembre 2008 : Mettre en œuvre les axes de formation retenus et préparer l'évaluation en vue d'une généralisation des dispositifs mis en place.

### III. Les enjeux

Vers des plans régionaux des métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes : pourquoi ?

1. **Accroître la professionnalisation du secteur social et médico-social dans un délai de 5 ans.**
2. **Offrir de nouvelles perspectives aux personnes travaillant dans le secteur de la dépendance.**
3. **Intégrer la dimension éthique de ces métiers au service des plus fragiles.**

Vers des plans régionaux des métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes :  
Quel périmètre ? Qui est concerné pour quels métiers ?

1. **Il concerne des actifs exerçant dans le secteur tertiaire et qui sont au service des publics fragiles ou dépendants (Personnes âgées/ Personnes Handicapées) :**
  - structures sanitaires, services et établissements pour personnes handicapées et âgées, ou directement au domicile des personnes.
2. **Des actifs dont les statuts d'emplois sont hétérogènes et les lieux d'exercice très divers:**
  - les salariés fonctionnaires qui représentent 1/3 des emplois du travail social (hors assistantes maternelles) ; il s'agit des 3 fonctions publiques : territoriale, hospitalière et d'Etat et aussi des organismes de protection sociale
  - le secteur « historique » associatif des établissements sociaux et médicaux sociaux qui offre des conditions d'emplois quasiment identiques au secteur sous statut,
  - l'aide à domicile, en croissance, qui fait appel à des salariés peu qualifiés et dont les conditions d'emploi (transports, temps partiels, ...) ont fait obstacle à son attractivité,
  - les emplois de contractuels publics (missions locales, politique de la ville...) aidés le plus souvent et dont les financements influent sur les conditions d'emploi.
  - le secteur privé lucratif et libéral.
3. **Des métiers très différents dont le contenu évolue selon les publics concernés et avec une reconnaissance très variable.**

De l'aide soignante au parcours de formation identifié à l'auxiliaire de vie, ou l'aide ménagère à domicile, dont le « métier » ne renvoie à aucune formation labellisée, le bilan est le même : manque de reconnaissance d'une compétence propre, faible évolution de carrière, peu de perspective de changer de secteur d'activité. A ce titre, un lien sera établi avec les métiers de la petite enfance (assistantes maternelles par exemple dont 50% des effectifs partira à la retraite d'ici 2015.

#### 4. **Des métiers nouveaux**

La loi du 11 février 2005 et le plan Alzheimer ont notamment décrit de nouveaux métiers qui doivent désormais s'insérer dans un parcours professionnel. Pour ce qui concerne les métiers du handicap, le développement du plan s'appuie sur les propositions du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées (CNCPH) saisi par le Ministre de l'Emploi, des Relations sociales et de la Solidarité et par la Secrétaire d'Etat à la Solidarité en juin 2007.



## **IV. Un plan des métiers de la dépendance : 4 priorités – 10 objectifs**

### **Priorité 1 : FACILITER L'IDENTIFICATION DES BESOINS**

**Objectif 1 : Elaborer des diagnostics au niveau national et régional en s'appuyant sur les observatoires régionaux pour:**

- connaître l'existant :
  - le nombre de personnes diplômées par an et par filières, à trois ans
  - le nombre de personnes candidats à la VAE, de diplômés par cette voie, totalement ou partiellement
  - le nombre de personnes exerçant dans le secteur de l'aide à domicile et selon quelles quotités de travail
  - le nombre de personnes ayant une première qualification et en recherche d'emploi
- identifier les besoins à court et moyen terme
  - le nombre de créations de place en établissement ou service (les PRIAC traduisant au niveau de chaque région les places nouvelles financées par l'assurance maladie dans le cadre des programmes nationaux du gouvernement) et les schémas départementaux : nombre de recrutements nouveaux nécessaires liés à ces créations de place
  - le nombre de personnes qui vont partir en retraite dans les 5 prochaines années

## **Priorité 2 : RECRUTER**

### **Objectif 2 : Faire connaître les métiers du médico-social auprès du grand public, des jeunes et des demandeurs d'emploi**

- promouvoir les métiers du médico-social auprès du grand public : réaliser une campagne de communication sur ces métiers et les moyens d'y accéder
- sensibiliser les jeunes à ces débouchés dès le collège et le lycée,
- mettre en place un dispositif qui permet de prendre en charge la formation initiale sous condition de service rendu dans un établissement
- veiller à une égalité d'accès à ces emplois dans les territoires infra- régionaux

### **Objectif 3 : Permettre à un public en difficulté ou en recherche d'emploi d'accéder à un premier niveau de qualification et leur proposer un parcours d'accès aux métiers de la dépendance (PARMED).**

- sensibiliser les conseils généraux dans le cadre de leurs politiques en faveur des Rmistes et en partenariat avec le service public de l'emploi sur une filière spécifique d'accès à ces métiers. Il s'agira de repérer les personnes en recherche d'emploi ou en reconversion. Le PARMED permettra d'amener à ces emplois des personnes qui n'y accèdent pas faute d'accompagnement individualisé ou d'offre de formation spécifique.
- tenir compte du potentiel d'employabilité des personnes handicapées

### **Objectif 4 : Faciliter le développement des emplois d'encadrement intermédiaire**

- permettre à des professionnels du secteur médico-social d'évoluer vers des fonctions d'encadrement et leur proposer des formations adaptées en termes de management et de gestion
- favoriser la mutualisation des recrutements d'un encadrement intermédiaire, pour les petites associations ou structures
- identifier avec les services de l'emploi des profils de différents secteurs d'activité et développer des actions de formation destinées à ces professionnels

### **Priorité 3 : FORMER**

#### **Objectif 5 : Développer une ingénierie de formation adaptée**

- mettre en œuvre et développer les passerelles et troncs communs afin décloisonner et de favoriser la mobilité professionnelle
- expertiser les besoins d'harmonisation et de simplification des diplômes de niveau V
- améliorer l'articulation entre la formation initiale et formation continue

#### **Objectif 6 : Afficher des objectifs ambitieux en matière de V.A.E**

- reconnaître les compétences des professionnels plus particulièrement dans le secteur de l'aide à domicile et accompagner les candidats à la VAE
- adapter les compétences des professionnels du soin et de l'accompagnement médico-social aux nouveaux besoins des personnes âgées et handicapées notamment dans le cadre d'actions de formation tout au long de la vie dans un cadre pluri professionnel
- permettre aux aidants familiaux d'accéder à des formations et reconnaître leur expérience en termes d'accompagnement.

#### **Objectif 7 : Permettre pour la première fois un repérage exhaustif et transversal des métiers de la dépendance**

- créer un répertoire national des métiers de la dépendance : Intégration des nouveaux métiers et définition du contenu
- identifier et élargir pour chaque métier les passerelles d'évolution professionnelle possibles.
- Décrire les parcours professionnels auxquels ouvrent ces métiers.

## **Priorité 4 : VALORISER**

### **Objectif 8 : Permettre une meilleure attractivité des métiers**

- organiser et proposer de véritables parcours professionnels
- faciliter la mobilité professionnelle entre les différents secteurs d'activité (personnes âgées – personnes handicapées) et entre établissements et services
- revisiter les passerelles : en permettant notamment d'ouvrir aux métiers de la petite enfance et aux métiers du secteur sanitaire
- améliorer l'image des métiers d'intervention auprès des personnes dépendantes
- mettre en place une campagne de communication grand public
- mettre en place un passeport de formation qui identifie pour la personne et son employeur, son niveau de qualification, les formations réalisées, etc,...

### **Objectif 9 : Garantir la professionnalisation de ces métiers pour mieux les reconnaître :**

- rénover ou mettre en œuvre la formation initiale pour les métiers nouveaux : psychomotricien et ergothérapeutes dans le plan Alzheimer, traducteur en langue des signes pour les personnes sourdes et malentendantes.
- instituer une formation obligatoire d'adaptation à l'emploi,
- imposer une formation continue obligatoire sur ces métiers de la dépendance permettant de lutter contre l'épuisement des professionnels

### **Objectif 10 : Garantir un cadre éthique d'exercice professionnel**

Elaborer un cadre déontologique et éthique pour l'intervention des professionnels en établissement ou à domicile qui fera l'objet d'une recommandation par l'Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico-Sociale (ANESMS) appuyé par un module de formation initiale ou continue sur la base des propositions du Conseil Supérieur du Travail social (CSTS).

## **Ce que permet l'élaboration des Plans des métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes**

- 1- Par sa méthode, il s'appuie sur les conseils régionaux, totalement reconnus dans leurs responsabilités et la primauté des schémas régionaux
- 2- il facilite la mise en cohérence des acteurs partenaires de la région dans l'évaluation des besoins (ex : PRIAC)
- 3- il permet de rapprocher la formation initiale de la formation continue diplômante ou non, permettant donc la mise en œuvre par la région de schémas plus prescriptifs. La possibilité de conventions donne à l'effort de l'ensemble des partenaires, synergie et complémentarité
- 4- il permet un suivi national dans l'objectif de lever les freins que les régions signaleraient et il facilite le dialogue sur l'évolution des formations (l'appréciation des freins peut être différente d'une région l'autre)
- 5- il facilite une cohérence d'ensemble, notamment avec une possibilité d'aide au diagnostic, au remplacement des personnels en formation à partir des financements CNSA
- 6- il est expérimental sur la première année et sera évalué.

## V. Les Fiches

## **Fiche 1 : les régions : quelle contribution à la formation sanitaire et médico-sociale ?**

L'élaboration du schéma régional des formations dévolu aux Régions dans le cadre des lois de décentralisation intègre le schéma prévisionnel des formations initiales et le Plan régional de développement des formations professionnelles des jeunes et des adultes (PRDFP).

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales transfère aux Régions des responsabilités importantes en matière de formations, notamment dans les secteurs sanitaires et sociaux : financement de la formation, aides individuelles aux élèves et étudiants, définition de la politique de formation des travailleurs sociaux, agrément ou autorisation des établissements..., **se traduisant par l'élaboration de deux schémas spécifiques intégrés dans le PRDFP : le schéma régional des formations sociales et le schéma régional des formations sanitaires.**

**Le Plan régional de développement des formations professionnelles (PRDFP):** Il a pour objet de définir une programmation à moyen terme des actions de formation professionnelle des jeunes et des adultes et de favoriser un développement cohérent de l'ensemble des filières de formation.

Il est élaboré en concertation avec l'Etat, les collectivités territoriales concernées et les organisations syndicales d'employeurs et de salariés représentatives à l'échelon national. Il est approuvé par le conseil régional après consultation des conseils généraux, du conseil économique et social régional, des chambres de commerce et d'industrie, des chambres de métiers et des chambres d'agriculture au niveau régional, du conseil académique de l'éducation nationale, du comité régional de l'enseignement agricole et du comité de coordination régional de l'emploi et de la formation professionnelle.

### **Les schémas régionaux des formations sanitaires et sociales**

L'élaboration du schéma des formations sociales ainsi que celui des formations sanitaires est une « obligation » qui s'inscrit dans le champ plus large du Plan régional de développement des formations professionnelles. Il est élaboré par le Conseil régional, en association avec les Conseils généraux, et approuvé dans le cadre du PRDFP.

### **S'agissant du schéma régional des formations sociales :**

La région définit et met en œuvre la politique de formation des travailleurs sociaux. Dans le cadre de l'élaboration du schéma régional des formations sociales, elle recense, en association avec les départements, les besoins de formation à prendre en compte pour la conduite de l'action sociale et médico-sociale et indique comment elle compte y répondre.

**Concernant le schéma régional des formations sanitaires,** l'article L. 4383-2 du code de la santé publique précise que le nombre d'étudiants ou d'élèves admis dans les instituts ou écoles des filières sanitaires et paramédicales « est réparti », par la région, « sur la base du schéma régional des formations sanitaires ».

## **Fiche 2: Le secteur médico-social**

C'est un secteur très vaste de l'économie

- Il concerne des actifs exerçant dans les structures médico-sociales : services et établissements pour personnes handicapées et âgées, ou directement au domicile des personnes.
- Les modes d'exercice sont également variés, exercice salarié (secteur public et secteur associatif et privé, à but non lucratif ou lucratif), exercice libéral, emploi direct, bénévolat.
- Les professionnels appartiennent soit à la fonction publique hospitalière ou territoriale, soit au secteur "historique" associatif des établissements ou services ou de l'aide à domicile, soit enfin au secteur privé commercial.

→ Ce secteur économique se caractérise par les éléments suivants :

- il appartient au secteur tertiaire des services
- il se caractérise par une aide à la personne,
- son financement dépend essentiellement de financeurs publics (sécurité sociale, aide sociale des conseils généraux, etc),
- il se caractérise par une forte féminisation de la population active.

### **Un secteur social et médico-social en mutation**

De nombreux facteurs sont venus modifier le paysage institutionnel ces dernières années.

- Les deux lois du 30 juin 1975, respectivement consacrées aux structures sociales et médico-sociales et aux personnes handicapées ont fait l'objet, de deux réformes en profondeur, la loi du 2002-2 du 2 janvier 2002 et la loi du 11 février 2005.
- La création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) – loi du 20 juillet 2001
- La loi relative au dispositif de solidarité pour l'autonomie (Loi du 30 juin 2004),
- La loi du 26 juillet 2005 relative aux services à la personne.
- Par ailleurs, la décentralisation de l'aide sociale a diversifié les lieux décisionnels et donné une place plus importante aux collectivités territoriales dans la définition des politiques sociales et de la formation (Loi du 13 août 2004).



### Fiche 3 : Tableau des métiers en 2015 (Source DARES)

Principales professions concernées (hors nouveaux métiers)

#### Personnes handicapées

Métiers	Effectifs 2015	Création nette d'emploi 2005-2015	Taux de croissance annuelle
Aide à domicile, auxiliaire de vie sociale	114 900	41 000	4.5%
Aides soignants	14 200	2 200	1.7%
Agent de service dans les établissements	13 800	1 000	0.8%
Aide médico-psychologique	17 400	1 200	0.7%
Infirmier spécialisé	6 400	1 000	1.6%
Educateur, Moniteur d'ESAT, auxiliaire de vie scolaire	116 300	23 000	2.2%

#### Personnes âgées

Métiers	Effectifs 2015	Création nette d'emploi 2005-2015	Taux de croissance annuelle
Employés de maison	57 200	6 700	1.3%
Aide à domicile, aides ménagères, auxiliaire de vie sociale	390 300	104 300	3.2%
Aides soignants à domicile	32 700	14 000	5.8%
Aides soignants en établissement	97 900	17 500	2.0%
Agent de service dans les établissements	124 000	14 900	1.3%
Aide médico-psychologique	55 400	20 100	4.6%
Infirmier à domicile	25 300	5 800	2.6%
Infirmier en établissement	30 400	4 700	1.7%
Personnel éducatif, social et d'animation	27 300	9 500	4.4%

## **Fiche 4 : Un exemple : les métiers en tension dans la branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée à but non lucratif**

Source enquête –Observatoire UNIFAF 2007-

**1- Effectifs** : 560 600 emplois en 2007 dans différents secteurs dont :

- sanitaire : 11 à 13 %
- aide à la famille : 8 %
- protection de l'enfance : 12 %
- personnes âgées : 12 %
- handicap : 39 %

**2- Caractéristiques** :

- 74 % des femmes : soin, petite enfance
- 26 % d'emploi à temps partiels (contre 34 % en 2000)
- 88 % de CDI

**3- Les principaux emplois** :

- aides soignants :	46 500 (8 %)
- éducateurs spécialisés :	43 600 (8 %)
- infirmiers :	43 300 (8 %)
- ouvrier et agents de service :	41 200 (7 %)
- aides-médico psychologiques (AMP) :	31 700 (7 %)
- agents de services hospitaliers :	29 600 (5 %)

**4- Tensions et évolutions** :

- Le poids des 55 ans et + : 14 % des emplois de la branche, taux supérieur à la moyenne nationale ; mais ce taux concerne essentiellement les médecins (33 %) et les personnes d'encadrement (30 %). Les emplois « cœur de métier » semblent à l'abri du phénomène : ASH (13 %), infirmiers (11 %), éducateurs spécialisés (9 %), AMP (6 %).
- Mobilité et démissions : 48 % des départs sont des démissions ce qui illustre le problème d'attractivité des métiers concernés.
- Attractivité : 2 établissements sur 5 estiment avoir de sérieuses difficultés de recrutement.
- Infirmiers: 43 300 personnels : les  $\frac{3}{4}$  travaillent dans le secteur sanitaire ; fortes difficultés de recrutement dans les secteurs personnes âgées et handicap ; pas d'accès par la VAE.

## **Fiche 5 : La professionnalisation des intervenants à domicile**

### **Quelques chiffres**

- Une croissance des effectifs du secteur autour de 5,5 % par an depuis 1990
- Une moyenne de 35 % de personnels qualifiés
- 60 % des bénéficiaires de l'APA vivent à domicile (*DREES, études et résultats, avril 2007*)
- 90 % des personnes âgées souhaitent rester à leur domicile
- Environ 3 millions de personnes font appel à des services à domicile ( soit sous forme de prestataire, de mandataire ou d'emploi direct) dont 800 000 sont âgés de 70 ans et plus

### **Des éléments de constat**

- Les tâches se sont extrêmement diversifiées et le besoin de formation s'est accru : on est passé de l'aide ménagère à l'accompagnement de la personne fragilisée,
- L'évolution de la dépendance (troubles cognitifs et d'orientation, grande dépendance,) exige une adaptation des contenus de formation et l'intervention de personnes qualifiées,
- Le vieillissement de la pyramide des âges des intervenants (âge moyen 44 ans en 2002) et une difficulté à recruter dans les jeunes générations
- L'insertion sociale de certains candidats à ces métiers (ex. allocataires RMI)
  - impacte les conditions du recrutement,
  - suppose l'accès à des formations adaptées : maîtrise orale et écrite de la langue française, utilisation de base des outils informatiques,
  - et un dispositif spécifique d'accompagnement (tuteurs formés et encadrement intermédiaire qualifié qui identifie le potentiel, repère les savoir-faire et les savoir être, construit les parcours professionnels)

### **Les facteurs de réussite d'une politique de professionnalisation des intervenants à domicile**

- La politique de professionnalisation des intervenants doit nécessairement être accompagnée :
  - d'une politique de modernisation et de structuration de l'offre de service (rapprochement/fusion des micro structures, mutualisation des fonctions support, amélioration des SI), afin d'optimiser les coûts de gestion (et pallier notamment la valorisation salariale découlant de l'accroissement de la qualification)
  - d'une politique de revalorisation des conditions de travail qui aurait pour objet :
    - d'accroître la capacité du secteur à générer des emplois à temps plein (construction de temps de travail satisfaisants et encouragement à la polyvalence des salariés),
    - d'améliorer l'organisation des temps d'activité de chaque professionnel (dans un souci de complémentarité des personnes accompagnées),
    - de rompre l'isolement des professionnels en emploi direct et des aidants familiaux,

- d'offrir des perspectives professionnelles (passerelles vers le secteur médico-social), de valoriser la filière et de construire des parcours de qualification,
  - de développer un système de rémunération par la mensualisation.
- La politique de professionnalisation doit être adaptée aux besoins des personnes âgées et des personnes handicapées (faire intervenir, par exemple, prioritairement les titulaires du DEAVS auprès des publics les plus dépendants)
- Les politiques de professionnalisation et de modernisation doivent tenir compte des spécificités liées à l'intervention des aidants familiaux et des salariés du particulier employeur, en tenant compte des spécificités et contraintes de ce mode de d'intervention (multi employeurs, remplacement difficile du salarié en formation, ...).

## **Fiche 6 : Quels sont les financeurs actuels ?**

### **Les financements existants**

- Etat : Il assure les dépenses de certification (obtention d'un diplôme ou titre) que cette certification soit acquise après formation ou par la voie de la validation des acquis de l'expérience. Pour les certifications délivrées par les ministères du travail, des relations sociales et de la solidarité ou celui chargé de la santé, les crédits afférents aux jurys, à la VAE et à l'organisation s'élèvent à 10M€ au titre de 2008, outre les personnels des DRASS
- Régions : Les formations initiales (financement du fonctionnement (formations sociales) et des bourses d'études (sanitaires et sociales) ont été transférées aux régions à compter de janvier 2005, et à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2005 pour le financement du fonctionnement des formations sanitaires. La région peut également intervenir dans le cadre de sa responsabilité de droit commun de formation au bénéfice des demandeurs d'emploi non indemnisés et en complémentarité des formations que les Assedic peuvent mettre en place. Elles ont financé à hauteur de 670 millions d'euros les formations sanitaires et sociales en 2006 (source DARES)
- Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie : l'article 69 de la LFSS pour 2008 prévoit l'affectation à la section V d'une partie des excédents des autres sections du budget de la CNSA afin de financer des actions de formation et de qualification des personnels des établissements sociaux et médico-sociaux
- Employeurs publics ou privés – les OPCA (Organisme paritaire collecteur agréé)

Les organismes paritaires collecteurs agréés sont chargés de collecter la contribution des entreprises ou employeurs au titre de la participation au financement de la formation professionnelle continue. Les principaux OPCA intervenant dans le secteur médico-social sont adossés à une branche professionnelle dont le périmètre d'activité est clairement défini. Il s'agit d'UNIFAF, d'UNIFORMATION, de FORMAPH et de l'ANFH (pour la fonction publique hospitalière)

Les OPCA interviennent pour la formation, la professionnalisation notamment par la voie de formations diplômantes et pour l'appui à la VAE. Des conventions ont été signées par certains d'entre eux avec l'Etat et la CNSA pour amplifier l'effort de professionnalisation des branches.

Chaque branche a l'obligation depuis la loi du 4 mai 2004 de créer un observatoire prospectif des métiers et des qualifications permettant des analyses sur les métiers du secteur, sur les évolutions de ces métiers et sur les phénomènes de tension qui existent sur le marché du travail. Ces observatoires sont placés, le plus souvent, auprès de la commission paritaire nationale pour l'emploi (CPNE) de la branche. Ainsi, la CPNE de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif a produit avec UNIFAF une "Enquête emploi 2007" riche d'enseignements (Fiche 3)

## Fiche 7 : Le mode d'intervention de la CNSA sur les formations du secteur médico-social et sur l'élaboration des plans régionaux des métiers

- 1- maintien du financement des conventions avec les OPCA à un niveau quasi-identique à celui du montant des conventions passées en 2007 soit 10 M€ par an.
- 2- notification par la CNSA de crédits non reconductibles sur la section 1 pour certaines actions
- 3- possibilité pour les services déconcentrés d'activer sur un exercice la partie non consommée des enveloppes déléguées pour l'affecter à des actions particulières.

### Estimation des dotations formation de la CNSA

Thématique du programme ou l'action de formation	Modalités de pilotage et partenaires.	Estimation du Financement du plan à cinq ans	Section du budget de la CNSA impacté.	Financement de l'expérimentation et observations
<b><u>1- Appui à l'observation et au diagnostic.</u></b>				
1-1 Appui à l'observation régionale et au diagnostic des besoins de recrutement et de l'offre de formation (court terme).	Conseils régionaux et OPCA.	3,5 M€	<b>Section 5</b>	Priorité sur les trois régions pilotes ( 3x 500 K€), puis possibilité d'accompagnement sur les autres (20x100 K€)
1-2 A partir de l'étude NPC-centre-ALSACE, construction d'une maquette nationale	Conseils régionaux et OPCA	0,5 M€	<b>Section 5</b>	Sur excédent section 1.
<b><u>2- formation continue et qualifiante.</u></b>				
2-1 <i>Convention de formation avec les quatre OPCA (ANFH, FORMAPH, UNIFAF et CNFPT) à redéfinir sur un périmètre plus large qui excède la VAE. Formation en situation d'emploi ou formation qualifiante (convention à enrichir au fur et à mesure de la montée en charge de l'observation.</i>	<i>Conseils régionaux en fonction des besoins identifiés dans le schéma régional des formations.</i>	50 M€	Section 4	<b>1, 5 M€</b> pour les trois régions en expérimentation  Soit 10 M€ par an en phase de généralisation avec ventilation régionale
2-2 Mise en place d'une formule de tutorat et de stage en ESMS en lien avec IFSI et IRTS.	Conseils régionaux	2,5 M€	Section 5	Formule déjà présente pour la formation hospitalière. Sur excédent section 1.
<b><u>3- financement du remplacement</u></b>				
3-1 Remplacement des personnels en formation.	DDASS	150 M€	Section 1	Soit 4, 2 millions d'euros pour les 3 régions expérimentatrices. Coût moyen de 28000 € chargé prix en charge à 50% par la CNSA. Objectif : 100 personnes de plus formées par région. Ajustement du taux de participation selon expérimentation 3 régions. Soit 30 à 35 millions par an en phase de généralisation.

Sous réserve de la délibération du Conseil de la CNSA.

## **Fiche 8 : De nouvelles compétences à développer**

- Les compétences à développer aujourd'hui dans les objectifs de formation  
L'objectif de maintien ou de restauration de l'autonomie doit irriguer toutes les formations. Ceci n'exclut pas les besoins de formation plus ciblés à certains accompagnements spécifiques comme dans la maladie d'ALZHEIMER, la maladie psychique..., la bientraitance ou à la relation d'aide (...).
- Les enseignements doivent favoriser l'évolution des pratiques professionnelles: l'accompagnement à domicile, traditionnellement source d'isolement pour le professionnel doit maintenant s'adapter à de nouvelles modalités d'accompagnement qui se cumulent ou se succèdent pour une même personne, pouvant donner l'impression à l'intervenant à domicile d'une discontinuité dans le travail (accueil de jour, hôpital de jour, hébergement temporaire, aide à domicile, infirmière libérale...).
- Associer aux formations les aidants naturels, les bénévoles, les professionnels : ceci facilite la construction d'une relation aidants-aidé-professionnels sur la base de la complémentarité et de la confiance réciproque et facilite le recours aux professionnels et services par les proches aidants.
- Le nouveau métier de « gestionnaire de cas » ou case manager, en cours d'expérimentation, permet une meilleure coordination des services autour de la personne qui est accompagnée dans tous ses parcours (domicile, hébergement temporaire, hôpital), le gestionnaire de cas étant le porte parole de la personne en perte d'autonomie quelque soit son âge.
- Les métiers liés à la politique d'intégration des personnes handicapées en milieu ordinaire.  
(Contribution du CNCPH)

Afin de rendre la société dans son ensemble accessible à tous, la formation doit prendre en compte dans tous les métiers les adaptations possibles et complémentaires concernant les aides à apporter aux personnes handicapées.

Les contenus de la plupart des formations initiales sont à compléter afin d'apporter aux professionnels, dans l'exercice de leur métier, les solutions adaptées aux personnes selon leur handicap et leur niveau de dépendance.

- Cela conduit à revisiter l'ensemble des référentiels métiers pour évaluer les manques et les compléter.
- Des formations complémentaires sont également à développer, des spécialisations sont à envisager.
  - 8 domaines concernés : aide à la réalisation de la vie quotidienne, accompagnement social et éducatif à l'autonomie, scolarisation et accès à la formation professionnelle, insertion professionnelle, accessibilité des transports et des espaces publics, réalisation d'activités touristiques, culturelles et sportives, aménagements et interfaces de communication, activités liées à l'accueil, l'information.
  - L'élaboration de parcours de professionnalisation pour les Auxiliaires de Vie Scolaire

→ Il est de plus apparu que certains métiers n'existaient pas encore alors qu'ils sont indispensables pour rendre la société la plus accessible possible à toutes les personnes handicapées et leur donner la compensation à laquelle elles ont droit.

Les nouveaux métiers à envisager pour faciliter l'accessibilité, l'accueil et la mobilité des personnes handicapées sont : soit propres à un champ d'intervention, soit propres à un handicap. Il en est de même des métiers permettant aux personnes handicapées de compenser leurs incapacités.

### Quelques exemples :

#### Les nouveaux métiers de l'accessibilité :

- Propre à un handicap :
  - **Audio-descripteurs** : métier permettant de rendre accessibles aux personnes atteintes de déficiences visuelles les documents audiovisuels et notamment les pièces de théâtres, films et spectacles en tous genres.
  - **Techniciens de l'écrit** : métier permettant la transcription écrite des messages oraux vers les supports adaptés à l'écrit en toute situation
- Propre à un domaine d'intervention, tout handicap :
  - **Organisateurs de transport** : métier permettant l'organisation et la coordination des moyens de transport publics et privés pour une accessibilité effective de toutes les personnes handicapées quels que soient leurs moyens de déplacement.



## **Fiche 9 : La validation des acquis de l'expérience**

Les principes de la validation des acquis de l'expérience (VAE) pour les diplômes et certificats du domaine sanitaire et social sont définis par l'article L.335-5 du code de l'éducation (loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale), par le décret n° 2002-615 du 26 avril 2002 et par les textes réglementaires spécifiques à chacun de ces diplômes et certificats.

La mise en œuvre de la validation des acquis de l'expérience a nécessité une réingénierie complète des diplômes désormais construits en référentiels (professionnel, de certification et de formation). Les référentiels professionnels qui définissent les fonctions, activités et domaines de compétences attestés par les diplômes constituent la base de référence des différentes étapes du dispositif de validation des acquis de l'expérience.

Après les premières expérimentations initiées en 2002 pour l'accès au diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS), le dispositif est désormais applicable à l'ensemble des diplômes de travail social (14 diplômes) et à 3 diplômes du domaine sanitaire<sup>1</sup>.

Désormais, toute personne qui peut justifier d'une expérience de trois ans en rapport avec le diplôme visé peut engager une démarche de validation des acquis de l'expérience en vue d'obtenir tout ou partie d'un diplôme.

La validation des acquis de l'expérience constitue pour le secteur médico-social un levier essentiel :

- pour reconnaître et valoriser les compétences acquises par l'expérience
- pour améliorer la qualification et promouvoir des parcours professionnels
- pour la professionnalisation du secteur et la fidélisation des salariés

Cette nouvelle voie d'accès aux diplômes qui est exigeante pour les personnes qui s'y engagent et qui mobilise les moyens d'une pluralité d'acteurs pour optimiser les parcours des candidats (information/conseil, recevabilité, accompagnement, jurys, formations complémentaires...) connaît une montée en charge qui doit être confortée et soutenue.

<sup>2</sup>	2003	2004	2005	2006
Nombre de livrets de recevabilité déposés	4 968	8 137	34 636	27 201
Nombre de diplômes délivrés suite à un parcours VAE	1 566	3 192	4 224	5 013

En outre, en 2006, plus de 5 000 personnes ont obtenu une validation partielle d'un diplôme et disposent d'un délai de cinq ans pour valider le diplôme en totalité soit en complétant leur expérience soit en suivant une formation.

<sup>1</sup> Diplôme d'Etat d'aide soignant, diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture, diplôme d'Etat de préparateur en pharmacie hospitalière

<sup>2</sup> Hors diplômes de travail social délivrés par l'éducation nationale et gérés par les rectorats : DEES, DEME, DEETS, DCESF

## **Fiche 10 : L'offre de formation mobilisable**

### **1) Pour préparer aux diplômes de travail social**

Les 356 établissements de formation (au 1/01/06) qui préparent à un diplôme de travail social sont répartis sur l'ensemble du territoire. Ainsi, dans toutes les régions (métropole et DOM) et dans la quasi-totalité des départements il existe au moins un établissement de formation qui prépare à un ou plusieurs diplômes de travail social

De statut privé (associatif pour l'essentiel) ou public (lycées, GRETA, IUT, universités), ils sont soumis à une obligation de déclaration préalable auprès du représentant de l'Etat dans la région. Ces établissements sont en outre agréés et financés par les régions lorsqu'ils dispensent des formations initiales.

<b>En 2005</b>	<b>Diplômes de niveau V</b>	<b>Diplômes de niveau IV</b>	<b>Diplômes de niveau III</b>	<b>Diplômes de niveau I et II</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Effectifs en formation</b>	16 433	7 082	28 320	2 148	53 983
<b>Diplômes délivrés<sup>3</sup></b>	8 168	3 077	8 783	3 93	20 241

Plusieurs voies possibles pour accéder à un diplôme de travail social:

→ par la formation initiale

- pour les étudiants engagés dans une formation initiale, la gratuité des études est assurée, la région est en outre compétente pour attribuer des aides (bourses) à ces étudiants.
- les formations peuvent également être suivies sous contrat d'apprentissage.

→ par la formation continue

- pour les salariés dans le cadre d'une période de professionnalisation, d'un contrat de professionnalisation, ou d'un congé individuel de formation
- pour les demandeurs d'emploi dans le cadre d'un projet personnalisé d'accès à l'emploi, d'un congé de reclassement ou de tout autre dispositif d'aide au retour à l'emploi.

→ par la validation des acquis de l'expérience

Toute personne qui justifie d'au moins 3 ans d'activité professionnelle en rapport avec le diplôme visé peut engager une démarche de validation des acquis de l'expérience. Elle peut bénéficier d'un congé pour VAE d'une durée maximale de 24h et le cas échéant d'un accompagnement<sup>4</sup>

Outre, les 14 diplômes de travail social relevant du code de l'action sociale et des familles, un certain nombre d'autres diplômes relevant d'autres ministères certificateurs contribuent également à la qualification du champ médico-social ( BEP carrières sanitaires et sociales, titre professionnel assistant de vie aux familles BEPA services aux personnes, BPJEPS animation sociale, bac professionnel services de proximité et vie locale ...)

### **2) Pour préparer aux diplômes sanitaires :**

1140 instituts de formation paramédicaux, répartis sur l'ensemble du territoire, France métropolitaine et DOM, préparent à au moins un diplôme relatif aux formations sanitaires délivré par les services déconcentrés du ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, les directions régionales des affaires sanitaires et sociales.

---

3 Hors VAE

4 Il existe un dispositif spécifique de soutien financé par UNIFAF pour les salariés qui visent le diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé ou le diplôme d'Etat d'aide soignant

En 2005	Diplômes de niveau V	Diplômes de niveau III	Autres diplômes *	Total **
Effectifs en formation	23 631	97 642	8 275	129 520
Diplômes délivrés	47 634	24 100	4 485	76 219

\*sages femmes, infirmiers anesthésistes, de bloc opératoire, puéricultrice, cadres de santé..

\*\* non compris le diplôme d'Etat d'ambulancier, de création récente (2006)

Les diplômes sanitaires correspondent, pour une grande partie d'entre eux, à un exercice réglementé et protégé (répression de l'exercice illégal).

Les voies d'accès aux diplômes sont celles de la formation initiale, de la formation continue, et de l'apprentissage. L'ouverture à la VAE des premiers diplômes du secteur sanitaire est effective depuis 2005. Ainsi sont ouverts à la VAE, à l'heure actuelle, les diplômes d'Etat d'aide soignant et d'auxiliaire de puériculture (niveau V) ainsi que le diplôme professionnel de préparateur en pharmacie hospitalière (niveau III). Certains diplômes sont en cours de ré-ingénierie, notamment le diplôme d'Etat d'infirmier, de manière à pouvoir les inscrire dans un dispositif de type LMD, sans pour autant remettre en cause la détention du diplôme comme exigence de l'exercice professionnel.

## 2) Pour actualiser, compléter, approfondir ou adapter des compétences

L'offre de formation continue non diplômante est proposée par un large panel d'établissements de formation<sup>5</sup>, plus de 45 000 en France (dont ceux qui préparent aux diplômes de travail social et de la santé) qui construisent leur offre en lien avec les besoins exprimés par les employeurs et les salariés. Les thématiques proposées<sup>6</sup>, les publics visés, les durées de formation, les modes d'intervention (formation organisée en « intra » pour les salariés d'un établissement ou en « inter ») sont extrêmement divers. Les principaux OPCA concernés par le secteur médico-social (UNIFAF, UNIFORMATION, FORMAHP), le CNFPT (pour la fonction publique territoriale) et l'ANFH (pour la fonction publique hospitalière) sont les principaux commanditaires et financeurs de la formation continue.

Dans le champ de la fonction publique hospitalière, il faut noter l'évolution de l'ANFH qui, du mode associatif, a transformé son organisation pour devenir un OPCA en juin 2007. Cela lui a permis d'obtenir un agrément du Ministère chargé de la santé pour la gestion des fonds de formation des établissements de la fonction publique hospitalière d'une part, et d'autre part d'être agréé pour gérer un fonds mutualisé des études promotionnelles. Par ailleurs, le décret relatif à la formation dans la fonction publique hospitalière vient d'être refondu en application de la loi du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique. Le nouveau texte, qui sera publié dans le courant du premier semestre 2008, va mettre en œuvre les principes de formation tout au long de la vie tels qu'ils découlent des avancées législatives.

5 Tout prestataire de formation doit déposer auprès du préfet de région une déclaration d'activité

6 Une étude réalisée en 2002 auprès des établissements de formation préparant aux diplômes de travail social et proposant par ailleurs des actions de formation continue avait identifié les formations les plus fréquemment dispensées réparties en 11 grandes thématiques : accompagnement social/action éducative – aide aux familles/aux parents- petite enfance – santé- aide à domicile – gérontologie – psychopathologie – ingénierie de projet institutionnel – management – développement local/animation – développement de soi à des fins personnelles/professionnelles

## Fiche 11 : Exemples de parcours professionnels dans les secteurs sanitaire et social

### **I- A même niveau de diplôme**

#### 1) D'un établissement médico-social vers une structure hospitalière

Monsieur X., titulaire du **diplôme d'Etat médico-psychologique (DE AMP)**, exerce depuis 15 ans dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Il souhaite dorénavant mettre ses compétences au service de publics diversifiés dans une structure hospitalière. Afin de faciliter son recrutement, il envisage d'obtenir le **diplôme d'Etat d'aide soignant (DE AS)**.

A ce stade, Monsieur X. peut envisager deux possibilités. Tout d'abord, il peut entreprendre une formation conduisant à la présentation du DE AS. La possession du DE AMP, dispense Monsieur X. de cinq des huit modules de la formation préparatoire au DE AS. Monsieur X ne devra donc effectuer que 280 heures de formation théorique et 490 heures de stages cliniques sur les 595 heures de formation théorique et 840 heures de stages cliniques que comprend la formation du DE AS (Voir annexe 1).

Compte tenu de son expérience dans un EHPAD, Monsieur X peut également envisager tout d'abord une présentation au DE AS par la voie de la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE). Il pourra alors, selon l'expérience qu'il aura acquise, obtenir soit les trois modules du DE AS qui lui manquent soit une partie de ses modules qui pourra alors venir en déduction de la formation lui permettant de se présenter au DE AS.

#### 2) D'un service d'aide à domicile vers un établissement médico-social

Madame Y. intervient depuis 10 ans au domicile de particuliers pour le compte d'un service d'aide à domicile. Elle est désormais titulaire du **diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DE AVS)**. Madame Y. a acquis une expérience significative dans l'accompagnement de personnes âgées dépendantes et souhaiterait maintenant changer son contexte d'emploi et intégrer un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Afin de faciliter son parcours, elle projette d'accéder au **diplôme d'Etat d'aide médico-psychologique (DE AMP)**.

Madame Y., de par la possession du DE AVS, est dispensée de quatre des six domaines de formation du DE AMP. Elle ne sera donc tenue, au maximum, qu'à 195 heures de la formation théorique et 420 heures des stages de la formation du DE AMP qui compte 495 heures de formation théorique et 840 heures de stages (voir annexe 2).

Madame Y., comme Monsieur X., compte tenu des compétences qu'elle aura acquises, peut également envisager d'obtenir, par la VAE, la totalité du DE AMP ou une partie qui viendrait encore raccourcir son parcours de formation en vue de l'acquisition de ce diplôme.

### **II- En obtenant un diplôme de niveau plus élevé**

#### 3) De moniteur éducateur à éducateur spécialisé

Monsieur Z., titulaire du **diplôme d'Etat de moniteur éducateur (DE ME)**, exerce depuis 10 ans dans un Institut Médico-Educatif. Il souhaiterait dorénavant accéder à un poste lui offrant des responsabilités plus importantes dans la détermination et l'orientation des projets éducatifs personnalisés des enfants qu'il accompagne.

Monsieur Z. souhaite donc entreprendre une formation préparatoire au diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé (DE ES). La possession du DE ME, dispense Monsieur Z. du premier des quatre domaines de la formation du DE ES et de la première partie des second, troisième et quatrième domaine. Monsieur Z ne devra donc effectuer que 450 heures de formation théorique et 700 heures de stages sur les 1450 heures de formation théorique et 2100 heures de stages que comprend la formation du DE ES. Très concrètement Monsieur Z. pourra donc accéder en un an au diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé au lieu de trois.

Avec l'accord de son employeur, Monsieur Z. pourra également envisager, sur une durée un peu plus longue, de suivre cette formation dans le cadre d'une période de professionnalisation ce qui lui permettrait de n'effectuer que 280 heures des 700 heures de stage pratique hors de sa structure employeur.

#### 4) D'aide soignant à moniteur éducateur

Madame A., titulaire du **diplôme d'Etat d'aide soignant (DE AS)** exerce depuis quelques années dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Elle travaille quotidiennement avec des aides médico psychologiques elle est intéressée par certains aspects de leur travail axé sur l'accompagnement et l'aide dans la vie quotidienne. Elle voudrait elle aussi orienter son activité dans ce sens et compléter ses compétences.

La possession du DE AS lui donne droit automatiquement à la validation de trois des six domaines de compétences du DE AMP et à des allègements significatifs de temps de formation sur les trois autres domaines.

Elle peut soit s'engager directement dans un parcours de formation complémentaire qui comprendra au maximum 265 heures de formation théorique et 700 heures de stage. Mais elle peut aussi, sur la base de son expérience professionnelle s'engager dans une démarche de validation des acquis de l'expérience.

Si elle obtient par cette voie la validation de deux domaines de compétences, il ne lui restera plus qu'à suivre le parcours de formation correspondant au sixième et dernier domaine de compétence pour obtenir la totalité du diplôme. S'il lui reste par exemple à valider le domaine de compétence « soutien médico-psychologique », elle suivra une formation de 125 heures et un stage de 280 heures. La possession du DE AMP lui donne alors l'opportunité de trouver un emploi, dans un foyer de vie qui accueille des personnes adultes handicapées. Le volet éducatif de son activité lui apporte beaucoup de satisfaction, c'est dans cette voie qu'elle veut poursuivre et progresser. Des postes de moniteur éducateur vont se libérer dans l'établissement, c'est l'opportunité pour elle, compte tenu de son expérience de postuler sur un de ces postes et de suivre la formation correspondante dans le cadre d'une période de professionnalisation.

La possession du DE AMP (niveau V) lui ouvre droit à 2/3 d'allègement du temps de formation théorique préparant au diplôme d'Etat de moniteur éducateur (DE ME niveau IV). Elle suivra donc une formation théorique d'environ 350 heures et un stage de 8 semaines hors de sa structure (pour une formation qui compte au total 950 heures d'enseignement théorique et 980 heures de stage).

En quelques années, Madame A. aura changé de secteur d'activité, changé de métier et progressé de façon significative dans sa carrière.