



**Diagnostic  
emploi formation  
relatif  
aux aides-soignants,  
aides  
médico-psychologiques  
et  
auxiliaires de vie sociale**



**Béatrice PARDINI**



## REMERCIEMENTS

La réalisation de ce diagnostic par Défi métiers (le carif-oref francilien) a été possible grâce à la collaboration du Conseil régional d'Ile-de-France, de la Direccte<sup>1</sup>, de l'ARS<sup>2</sup>, de la DGCS<sup>3</sup>, de la DRJSCS<sup>4</sup>, de la DGOS<sup>5</sup>, d'Unifaf et de son Observatoire des métiers et des qualifications, de Pôle emploi, de la Drees<sup>6</sup>, de l'AP-HP<sup>7</sup> et des Conseils généraux franciliens.

Défi métiers les en remercie vivement, ainsi que les interlocuteurs qui ont accepté de participer à cette étude lors d'entretiens individuels ou collectifs : Responsables (de pôles) d'organismes de formation, Représentants de branches et fédérations professionnelles, et Responsables de services ou Directeurs(trices) d'établissements employeurs.

L'auteure remercie également Annalisa Lendaro et Béatrice Delay<sup>8</sup> qui ont participé à la réalisation et à l'analyse des entretiens.

---

<sup>1</sup> Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi.

<sup>2</sup> Agence Régionale de Santé

<sup>3</sup> Direction Générale de la Cohésion Sociale (ministère des Affaires sociales et de la santé).

<sup>4</sup> Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale.

<sup>5</sup> Direction Générale de l'Offre de Soins (ministère des Affaires sociales et de la santé).

<sup>6</sup> Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (ministère des Affaires sociales et de la santé).

<sup>7</sup> Assistance Publique - Hôpitaux de Paris.

<sup>8</sup> Toutes deux salariées de Défi métiers au moment de la réalisation des entretiens, elles ont depuis pris des fonctions dans d'autres organismes.

# SOMMAIRE

<b>Introduction</b>	<b>4</b>
1. Contexte	4
2. Objectif et champ de l'étude	5
3. Déroulement de l'étude	5
4. Synthèse des résultats	7
<b>Des professionnels au service de la santé et de l'action sociale</b>	<b>11</b>
1. Présentation des métiers d'aides-soignants, d'aides médico-psychologiques et d'auxiliaires de vie sociale	11
2. Effectifs salariés et évolution	12
3. Profil sociodémographique des salariés	16
<b>Les conditions d'emploi</b>	<b>21</b>
1. Domaines d'activité	21
2. Type de contrat et rémunération	22
3. Pénibilité des emplois	26
4. Mobilisation des compétences : glissement / recouvrement de tâches	29
5. Mobilité professionnelle	31
<b>Les besoins en professionnels diplômés</b>	<b>34</b>
1. Eléments de cadrage	34
2. Critères qui favorisent les recrutements	36
3. Les stratégies de recrutement élaborées par les employeurs	37
<b>Les parcours de formation</b>	<b>39</b>
1. Présentation des diplômes	39
2. Effectifs de diplômés et profil des formés	43
3. Accès aux formations	46
4. Adéquation des formations avec les besoins des employeurs	50
<b>Conclusion</b>	<b>53</b>
1. Enjeux	53
2. Pistes de réflexion	55
<b>Bibliographie</b>	<b>60</b>

# Introduction

## 1. Contexte

Le vieillissement de la population française, dû à l'avancée en âge des générations du baby-boom et à la progression de l'espérance de vie, est avéré. En Ile-de-France, entre 2010 et 2030, le nombre de personnes âgées de 85 ans ou plus devrait progresser de 93 % (+ 170 000 personnes) alors que l'ensemble de la population francilienne n'augmenterait que de 8 %<sup>9</sup>. A cela s'ajoutent les effets de la démographie des professionnels du secteur sanitaire et social dont les départs massifs à la retraite s'annoncent problématiques. Ce vieillissement de la population impacte donc directement le développement des métiers du social et du médico-social qui œuvrent auprès des personnes âgées dépendantes et des personnes atteintes d'un handicap.

En effet, les métiers du secteur sanitaire et social dépendent moins des aléas de la conjoncture économique que d'autres métiers. Leur évolution est davantage liée aux évolutions démographiques et sociales, ainsi qu'aux choix politiques et aux dépenses publiques. Ainsi, des mesures telles que le plan Borloo de 2005 suivi par le plan Wauquiez de 2009 sur le développement des services à la personne, la politique de maintien à domicile des personnes âgées, ou la mise en place de l'APA<sup>10</sup> ont contribué au développement de l'aide à domicile.

Face aux nombreuses évolutions qui affectent le secteur sanitaire et social, et notamment les créations d'emploi attendues, le Conseil régional d'Ile-de-France s'interroge sur le dimensionnement de l'offre de formations présente sur le territoire. Il a choisi de centrer son intérêt sur les formations de niveau V du champ sanitaire et social dont il assure le pilotage : le Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant (DEAS), le Diplôme d'Etat d'Aide Médico-Psychologique (DEAMP) et le Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS).

Toutefois, il ne peut s'agir que d'une simple réflexion qui mettrait en adéquation les besoins en emploi et la création de places supplémentaires de formation. Entrent en compte par exemple, l'attractivité des métiers liés à l'accompagnement des personnes âgées, ou encore les moyens financiers mis en œuvre pour soutenir la création de postes supplémentaires.

---

<sup>9</sup> Sylvaine Drieux, « Projections de population dépendante à l'horizon 2030 en Ile-de-France », Insee, Ile-de-France à la page n°377, 2011.

<sup>10</sup> L'Allocation Personnalisée d'Autonomie pour les personnes âgées. Elle représente la principale aide versée par les Conseils généraux aux personnes âgées dépendantes. Elle leur permet ensuite de régler une partie du coût de l'hébergement ou de la visite à domicile.

La Région a décidé de confier à Défi métiers la réalisation d'un diagnostic régional sur l'emploi et la formation des Aides-Soignants (AS), des Aides Médico-Psychologiques (AMP) et des Auxiliaires de Vie Sociale (AVS), qui s'inscrit dans le suivi du schéma régional des formations sanitaires et sociales.

## **2. Objectif et champ de l'étude**

Le diagnostic a pour ambition de repérer et d'analyser les problématiques concernant les trois métiers précédemment cités, tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif. Il s'agit d'identifier l'existence d'éventuelles tensions sur le marché du travail (pénurie de main-d'œuvre, déficit d'attractivité des emplois et de certains secteurs d'activité, etc.), et d'éclairer ce qui détermine l'accès à l'emploi et aux formations préparant à ces métiers (modalité d'accès, attractivité des formations, profil des élèves, etc.). L'objectif de l'étude est également de mesurer un potentiel déséquilibre entre les besoins en professionnels diplômés et les effectifs formés chaque année.

La délimitation du champ de l'étude s'est basée sur les diplômes et non sur les domaines d'activités ou sur les fonctions exercées. Les aides-soignants pratiquent leur activité principalement dans la sphère hospitalière, les aides médico-psychologiques dans les établissements sociaux et médico-sociaux, et les auxiliaires de vie sociale exercent le plus souvent à domicile. Toutefois, ces trois métiers ont en commun le fait qu'ils s'exercent auprès de personnes nécessitant un soutien à l'autonomie, temporairement (à la suite d'une opération ou d'un accident par exemple) ou de manière durable (personnes âgées qui deviennent dépendantes ou personnes atteintes d'un handicap).

## **3. Déroulement de l'étude**

Le recueil des éléments ayant permis la réalisation du diagnostic s'est déroulé en trois phases :

- Une analyse bibliographique a, dans un premier temps, été réalisée afin de repérer les problématiques liées à ces métiers et aux domaines d'activités qui les concernent (cf. Annexe) ;
- Une analyse des données quantitatives existantes sur l'emploi et la formation nous a fourni, dans un second temps, les éléments de cadrage nécessaires pour appréhender le secteur et ses évolutions. Les principales sources étudiées ont été,

de manière non exhaustive : le recensement de la population 2010, les DADS<sup>11</sup> 2009-2011, l'enquête école de la Drees 2012, les résultats de l'Enquête emploi 2012 d'Unifaf, ceux de l'Enquête panel de l'Observatoire de l'aide à domicile 2011, ceux de l'enquête BMO 2013 de Pôle emploi, etc. ;

- Enfin, nous avons fait le choix de rencontrer, collectivement ou individuellement, des acteurs majeurs de l'emploi et de la formation dans le domaine sanitaire et social.

A cette occasion, nous avons réuni un groupe « d'experts » composé de représentants de l'ARS, de la DGOS, de la DRJSCS, de la DGCS, d'Unifaf et de son Observatoire des métiers et des qualifications, du Conseil régional d'Ile-de-France, de Pôle emploi, de la Drees, de l'AP-HP, etc. Ce groupe s'est réuni à trois reprises à des étapes clés de l'étude : détermination du champ et des problématiques, retour sur les résultats provisoires, et présentation des résultats finaux.

Nous avons également rencontré lors d'entretiens individuels une trentaine de représentants issus de :

- Branches professionnelles (aide à domicile) et de fédérations (Fegapei, Syneas, FHP, Unicancer) ;
- Organismes de formation (IRTS, Ifsi Saint Joseph, Infa, Buc ressources, EPSS) ;
- Financeurs (ARS, Conseil général du 94 et du 95, Conseil régional d'Ile-de-France) ;
- Employeurs (Croix rouge, Apef, Centre chirurgical Ambroise Paré, Centre Lecourbe, Maison de retraite Aulagnier, Institut du Val Mandé, Maison de retraite Les Charmilles, Les coteaux de l'Yvette, La résidence Les cèdres, le CHU des portes de l'Oise).

---

<sup>11</sup> Déclaration Automatisée des Données Sociales.

## 4. Synthèse des résultats

L'Ile-de-France compte plus de 50 000 aides-soignants, 6 000 aides médico-psychologiques et environ 10 000 auxiliaires de vie sociale. Les effectifs de professionnels ont connu, au cours des cinq dernières années, des évolutions de l'ordre de 5 à 10 % par an.

Le développement quantitatif de ces trois métiers est à mettre en lien avec des besoins croissants mais également avec la professionnalisation du secteur. En effet, les mesures politiques visant à qualifier les professionnels en charge de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie a eu pour effet de réduire le nombre des « faisant-fonction » et de leur permettre l'accès à un diplôme reconnu par l'Etat.

Malgré cette amélioration du niveau de qualification des salariés, les employeurs, mais aussi les responsables d'organismes de formation, se questionnent sur la montée des difficultés rencontrées par les salariés et les formés face à la pratique de l'écrit. Même si ce phénomène n'est pas spécifique au secteur, il est peut-être à mettre en lien avec un autre phénomène observé par les professionnels : celui de la précarisation des salariés/formés.

Ces domaines d'activités, repérés par les prescripteurs de la formation comme étant fortement créateurs d'emplois et accessibles par des salariés peu ou pas qualifiés, attirent des personnes en grandes difficultés sociales et financières.

Il est vrai que les postes occupés bénéficient d'une certaine stabilité puisque plus de 80 % sont en CDI ; et 75% des AVS<sup>12</sup> et 90% des AS et AMP travaillent à temps complet. Toutefois, ce sont des métiers peu rémunérateurs alors qu'ils sont reconnus comme étant particulièrement exposés aux risques professionnels physiques et psychologiques. Les risques physiques sont le fait principalement d'horaires de travail atypiques, des manipulations fréquentes des bénéficiaires et des stations debout prolongées. Quant à l'usure psychologique, elle trouve son origine dans la confrontation quotidienne à la souffrance, la surcharge de travail et le manque de reconnaissance. On observe, par ailleurs, depuis quelques années, une dégradation des conditions de travail en lien avec le contexte budgétaire des établissements (équipes sous-dimensionnées, manque d'effectifs dans les équipes d'encadrement, réduction des temps d'intervention, etc.) mais également avec le renforcement des difficultés financières des salariés qui sont parfois amenés à cumuler plusieurs emplois.

---

<sup>12</sup> Employés par une association ou un organisme employeur privé à but non lucratif de l'aide à domicile.



La mobilisation des compétences de chacun des trois types de professionnels est mal délimitée : on observe, en institution, des recouvrements de tâches entre AS et AMP. A domicile, il arrive que les AVS soient amenés à endosser une posture initialement réservée aux AS ou aux AMP. Ces usages indifférenciés sont souvent le résultat d'une volonté de la part des employeurs d'organiser au mieux le fonctionnement de leurs équipes ou de limiter le nombre d'intervenants auprès des usagers. Ils peuvent aussi être le fait de salariés souhaitant diversifier leurs pratiques. Ces recouvrements sont permis grâce à la grande proximité des référentiels de formation des trois diplômes qui alimentent ces métiers. A cela s'ajoutent aussi parfois des glissements de tâches d'AS vers infirmiers, et d'AMP vers moniteurs éducateurs. Les contraintes budgétaires qui pèsent sur les structures et les difficultés de recrutement des personnels d'encadrement en sont les principales causes.

Le vieillissement de la population pose inévitablement la question d'éventuelles tensions sur le marché de l'emploi pour ces trois métiers. En Ile-de-France, la problématique d'un turnover accru par des opportunités d'emplois plus importantes vient intensifier les procédures de recrutement. Les résultats de différentes enquêtes (Unifaf, branche de l'aide à domicile associative, Pôle emploi) et des entretiens réalisés dans le cadre de cette étude montrent, qu'actuellement, seuls les domaines de l'hébergement pour personnes âgées et de l'aide à domicile sont confrontés à des difficultés de recrutement. Les autres domaines (l'hébergement des personnes atteintes de handicap et le milieu hospitalier) observent plutôt une amélioration, depuis environ cinq ans, dans leur capacité à pourvoir les postes vacants. Les obstacles rencontrés sont donc probablement à mettre davantage en lien avec un défaut d'attractivité des activités liées au grand âge qu'avec une forte pénurie de main d'œuvre diplômée. Or, ce sont principalement ces deux domaines qui vont être les plus impactés par le contexte démographique.

L'atténuation des tensions sur le marché du travail, au moins dans le secteur de l'hospitalisation ou de l'accueil de personnes en situation de handicap, est probablement le résultat du développement des effectifs de formés. Les efforts conjugués des pouvoirs publics (Conseil régional d'Ile-de-France et Pôle emploi principalement) et des employeurs (via la formation continue) ont permis de financer un nombre croissant de places en formation.

Toutefois, la question de l'accès aux formations se pose. Il renvoie à divers types de parcours professionnels : le retour à l'emploi ou la reconversion professionnelle correspondent ainsi davantage aux parcours qui conduisent aux DEAS et DEAVS, tandis que le DEAMP s'inscrit davantage dans un parcours de professionnalisation. La part des

demandeurs d'emploi est élevée parmi les formés à ces trois diplômes : 37 % des inscrits au DEAMP, 44 % au DEAS et 71 % au DEAVS.

Pourtant, malgré la forte attractivité dont bénéficient ces formations, les organismes de formation rencontrés soulignent des difficultés à remplir les places disponibles en raison d'obstacles liés aux financements des candidats. Les nouvelles procédures d'achat de places en formation par les financeurs publics, les critères d'éligibilité pour bénéficier de financements, et une diminution de l'engagement des employeurs sur la formation continue diplômante semblent en être les principales causes.

L'organisation de la formation est également soumise à des évolutions d'ordre réglementaire. Des réflexions sont actuellement en cours, d'une part afin de mieux articuler le DEAS et le diplôme d'infirmier, et d'autre part, pour une éventuelle fusion des diplômes d'AMP et d'AVS.

Par ailleurs, les évolutions des principaux domaines d'activités impactent l'exercice des métiers et les besoins en compétences des salariés. Le maintien de plus en plus long des personnes âgées à leur domicile, l'arrivée tardive dans les Ehpad<sup>13</sup>, le vieillissement des personnes atteintes d'un handicap (etc.) entraînent une évolution de l'accompagnement des résidents. La gestion de pathologies plus lourdes, dégénératives, la prise en charge des bénéficiaires et de leur famille, le développement de polyopathologies nécessitent l'acquisition de compétences nouvelles.

La principale évolution à laquelle devront faire face les employeurs et les pouvoirs publics est celle de la croissance des besoins en emplois dans le secteur. Toutes les prévisions annoncent des créations d'emploi très importantes au cours des 20 ou 30 prochaines années dans le secteur de la santé et de l'action sociale, notamment dans le domaine de l'accompagnement des personnes âgées et plus particulièrement encore dans l'aide à domicile. L'impact sur les emplois sera conditionné par les moyens financiers mis en œuvre pour développer le secteur (assurer la solvabilité de l'APA<sup>14</sup>, budgéter les ouvertures de structures). Dans un contexte de contraintes budgétaires fortes, l'ampleur de la croissance des emplois est difficilement mesurable. L'évolution du contour des diplômes et la sortie des premiers Bacs professionnels ASSP (Accompagnement, Soins et Services à la Personne) ajoutent de l'incertitude quant aux besoins de professionnels formés aux DEAS, DEAMP et DEAVS. Il semble toutefois certain que le diplôme issu de la fusion du DEAMP et du DEAVS nécessitera la création de nouvelles places. Les diplômés pourront en effet être mobilisés à la fois dans les Ehpad et dans l'aide à domicile. En ce

---

<sup>13</sup> Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (usuellement nommé « maison de retraite »).

<sup>14</sup> Allocation Personnalisée d'Autonomie.

qui concerne le DEAS, les contours et positionnements nouveaux qui lui seront conférés détermineront si les besoins croissants de la population nécessitent une progression des effectifs salariés.

Afin de faciliter les recrutements à venir, il semble aussi nécessaire d'engager des actions visant à améliorer :

- L'accès et le financement des formations professionnelles ;
- L'orientation des jeunes et des demandeurs d'emploi vers ces filières ;
- L'attractivité des secteurs ;
- La fidélisation des stagiaires et des salariés en postes.

### Principaux résultats

Les effectifs d'aides-soignants, d'aides médico-psychologiques et d'auxiliaires de vie sociale ont connu, au cours des cinq dernières années, de fortes évolutions en lien avec des besoins croissants et une professionnalisation du secteur.

Les formations qui alimentent ces métiers sont repérées par les prescripteurs comme débouchant sur des domaines fortement créateurs d'emplois et accessibles par des personnes possédant un bas niveau de qualification.

Malgré la forte attractivité dont bénéficient les formations et les métiers, on observe actuellement des difficultés de recrutement concentrées sur les domaines de l'aide à domicile et de l'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Ces derniers, en effet, peinent à attirer les jeunes.

Les prévisions s'accordent sur une forte croissance des emplois dans le domaine de l'accompagnement des personnes âgées et notamment celui de l'aide à domicile. Ce sont donc principalement les formés au diplôme issu de la fusion du DEAMP et du DEAVS qui seront sollicités par les employeurs.

## Des professionnels au service de la santé et de l'action sociale

### 1. Présentation des métiers d'aides-soignants, d'aides médico-psychologiques et d'auxiliaires de vie sociale

**L'aide-soignant (AS)** réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie afin de compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie. Son rôle s'inscrit dans une approche globale de la personne soignée et prend en compte la dimension relationnelle des soins. Il accompagne cette personne dans les activités de la vie quotidienne, il contribue à son bien-être et à lui faire recouvrer, dans la mesure du possible, son autonomie. Sous la responsabilité de l'infirmier, il travaille le plus souvent dans une équipe pluridisciplinaire, en milieu hospitalier ou extrahospitalier (maisons de retraite, centres de soins, à domicile, etc.). Il participe, dans la mesure de ses compétences et dans le cadre de sa formation, aux soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs. Contrairement à l'infirmier, l'aide-soignant ne donne pas de médicaments et n'effectue pas de soins médicaux. En revanche, il participe à certains soins et, est capable de mesurer des paramètres vitaux en utilisant des outils spécifiques.

**L'aide médico-psychologique (AMP)** exerce une fonction d'accompagnement et d'aide dans la vie quotidienne. A ce titre, il intervient auprès d'un public en situation de handicap (quel que soit son âge et son type de déficience). Il peut également intervenir auprès de personnes dont la situation nécessite une aide au développement ou au maintien de l'autonomie sur le plan physique, psychique ou social. Il travaille le plus souvent dans les institutions pour personnes atteintes d'un handicap ou les Ehpad. Le rôle de l'aide médico-psychologique se situe à la frontière de l'éducatif et du soin. Sous la responsabilité d'un travailleur social ou d'un professionnel paramédical, il prend soin des personnes par une aide de proximité permanente durant leur vie quotidienne, en les accompagnant tant dans les actes essentiels que dans les activités de vie sociale et de loisirs.

**L'auxiliaire de vie sociale (AVS)** accompagne au quotidien (aide à la toilette, ménage, préparation des repas, courses, sorties, démarches administratives, etc.) des personnes âgées ou handicapées pour, le plus souvent, les maintenir à leur domicile, tout en leur apportant une certaine qualité de vie. Employé par des municipalités, des associations ou des entreprises d'aide à la personne, ou parfois directement par des particuliers employeurs, il travaille alors en autonomie. Il peut parfois également intervenir dans les établissements paramédicaux et, dans ce cas, travailler sous la responsabilité d'un travailleur social ou d'un professionnel paramédical.

## 2. Effectifs salariés et évolution

### a) Présentation des sources statistiques disponibles

Le recensement de la population 2010

*Correspondance entre nomenclatures*

Nomenclatures	FAP 2009	PCS 2003	Rome
Aides-soignants	V0Z	526a	J1501
Aides médico-psychologiques	V0Z	526d	K1301
Aides à domicile, aides ménagères	T2A	563b	K1302

La famille professionnelle (FAP 2009) des aides-soignants est composée des professions d'aides-soignants (60 % de la FAP en Ile-de-France), d'aides médico-psychologiques (6%) ainsi que celles d'assistants dentaires, médicaux et vétérinaires, aides de techniciens (8 %) et d'auxiliaires de puériculture (26 %). La FAP compte en 2010 près de 90 000 salariés et s'est accrue de 25 % en 10 ans.

Quant aux auxiliaires de vie sociale, ils ne sont pas isolés dans la statistique publique. Dans le recensement, on les trouve parmi les « aides à domicile, aides ménagères » qui correspondent à la PCS 2003 « 563b » et incluent très largement tous les professionnels qui interviennent aux domiciles des particuliers quel que soit le type d'intervention et le niveau de diplôme requis.

Les données SIMS DGCS 2009-2011 (DADS avant traitement par l'Insee)

Les données sont sélectionnées en fonction :

- Des codes NAF du secteur social et médico-social : division 87, division 88 (hors accueil de jeunes enfants) et classe 8690D (où se trouvent les SSIAD) ;
- Des nomenclatures des emplois hospitaliers et des PCS pour les AS et les AMP ;
- Des nomenclatures des emplois territoriaux pour les auxiliaires de soins de la fonction publique territoriale (corps accessible par les diplômés du DEAS et du DEAMP).

Les données SIMS 2009-2011 n'intègrent pas les emplois de la fonction publique hospitalière.

En plus des statistiques publiques accessibles via les données du recensement de la population ou des déclarations administratives des employeurs, certaines branches professionnelles mettent à disposition des résultats d'enquête. C'est le cas de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif et de celle de l'aide à domicile associative.

#### L'Enquête emploi 2012 de l'observatoire prospectif des métiers et des qualifications de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale, privée à but non lucratif

En Ile-de-France, la branche compte 3 582 établissements qui emploient 124 424 salariés. Ce qui représente 26 % des emplois dans le secteur francilien « santé-action sociale » (les trois autres quarts étant constitués du champ public et commercial). La branche est majoritaire dans trois sous-secteurs : elle concentre, dans la région, 90 % des places d'accueil dans les hébergements pour personnes atteintes de handicap, 75 % dans la protection de l'enfance et 60 % dans le secteur des adultes en difficulté. Elle n'atteint, par contre, que 30 % dans le secteur des personnes âgées et 13 % dans le sanitaire. Ces éléments permettent d'appréhender le champ couvert par la branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée à but non lucratif.

#### L'Enquête panel 2011 de l'Observatoire de la branche de l'aide à domicile

En 2013, au niveau national, 5 200 structures relèvent du champ d'application de la branche. Si la répartition régionale est identique à 2008, la région Ile-de-France doit compter plus de 600 structures.

Le champ de l'étude comprend les associations et organismes privés à but non lucratif prestataires qui, à titre principal, ont pour activité d'assurer aux personnes physiques toutes formes d'aide, d'accompagnement de soins et de services à domicile ou de proximité.

Les résultats de l'étude ne permettent pas de quantifier les professionnels, mais fournissent des informations importantes sur la structure des établissements et des emplois : répartition des effectifs par type d'emploi, temps de travail, formation continue, prévisions et difficultés de recrutement, emploi des seniors, etc.

En 2011, les AVS représentaient 19 % des salariés en CDI, les AS 4 % et les AMP 0,2 %.

## b) Le dénombrement des professionnels

La principale limite du recensement de la population tient au fait qu'il s'agit d'une enquête auprès des individus, des salariés dans le cas qui nous concerne. Les réponses sont ensuite classées dans des catégories prédéfinies lors du traitement. La fiabilité sur certains types d'indicateurs, tels que l'intitulé du poste ou le niveau de diplôme n'est donc pas assurée. Il semble en effet probable que les données issues du recensement sous-estiment le volume global des professionnels classés sur les métiers qui nous intéressent ici. Malgré cela, le recensement reste la source la plus complète ; les autres sources, au-delà du fait qu'étant également des enquêtes, présentent ce même inconvénient, ne couvrent pas l'entièreté du champ. En effet, les données des branches ne tiennent compte que des établissements qui dépendent de la convention collective nationale associée, et les données SIMS n'intègrent pas les emplois dans la fonction publique hospitalière. Dans le cas des aides-soignants, cette limite est plus que problématique puisqu'ils sont près des deux tiers à exercer dans le milieu hospitalier.

**Nous ferons donc usage des données du recensement pour dénombrer les professionnels. Lorsque nous aborderons la question de l'emploi et du profil des salariés, les autres sources viendront compléter les informations disponibles.** En effet, même si la couverture du champ n'est pas exhaustive, elles fournissent des données absentes du recensement qui permettent d'aborder d'autres thématiques (les besoins en qualification, les rémunérations, ...).

Ainsi, selon les données issues du recensement de la population, l'Ile-de-France compte, en 2010, 53 200 aides-soignants et 5 800 aides médico-psychologiques. La région accueille ainsi 14 % des aides-soignants et 11 % des aides médico-psychologiques français. Globalement, les actifs franciliens représentent 20 % des actifs français<sup>15</sup>. Cette sous-représentation des effectifs en Ile-de-France est liée, au moins en partie, au faible poids des personnes âgées dans la région.

Comme indiqué précédemment, il n'est pas possible, à partir des données du recensement, d'isoler les auxiliaires de vie sociale (AVS). La catégorie à laquelle ils appartiennent compte, en 2010, 53 600 actifs. Selon différentes sources<sup>16</sup>, on peut estimer que les AVS représentent près de 20 % des effectifs de la FAP « aide à domicile, aide-ménagère », soit environ 10 000 professionnels.

---

<sup>15</sup> Recensement de la population 2010.

<sup>16</sup> Remy MARQUIER, « Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008 », Drees, 2010  
« Enquête panel 2011 – rapport national », Observatoire de la branche de l'aide à domicile.

### c) L'évolution des effectifs

Les sources SIMS (DADS ayant bénéficié d'un traitement par la DGCS) et l'enquête d'Unifaf permettent notamment d'observer certaines évolutions des effectifs d'AS et d'AMP.

Sur la période 2009-2011, les données de SIMS indiquent que les effectifs d'AMP ont augmenté de 13 %. La plus forte progression s'observe dans le secteur privé lucratif (+ 34 %). Les évolutions observées au niveau national sont proches (cf. Tableau 1).

Tableau 1 : Evolution des effectifs d'AMP entre 2009 et 2011

Evolution 2009 - 2011		
AMP	Ile-de-France	France
Secteur public	+ 24 %	+ 19 %
Privé non lucratif	+ 9 %	+ 12 %
Privé lucratif	+ 34 %	+ 29 %
Total	+ 13 %	+ 14 %

SIMS 2011 - Traitement DGCS

Les données de l'Enquête emploi d'Unifaf indiquent que, tous domaines d'activité confondus, les effectifs d'AS ont augmenté de 38 % en cinq ans (soit une évolution annuelle moyenne de 7 %), mais la progression la plus forte s'est faite dans le secteur des personnes handicapées (+ 124 %) et celui des personnes âgées (+ 89 %). Les AMP, quant à eux, ont augmenté de 60 % en cinq ans (soit une augmentation annuelle moyenne de 10 %). Les secteurs des personnes âgées (+ 114 %) et des personnes handicapées (+ 64 %) ont connu une très importante croissance de leurs effectifs salariés.

Tableau 2 : Evolution entre 2007 et 2012, par domaines d'activité, des effectifs franciliens d'aides-soignants et aides médico-psychologiques

	Aides-soignants		Aides médico-psychologiques	
	Effectifs 2012	Evolution 2007-2012	Effectifs 2012	Evolution 2007-2012
Sanitaire	4 218	-3 %	207	19 %
Personnes âgées	4 347	89 %	637	114 %
Personnes handicapées	1 911	124 %	5 749	64 %
Autres	236	2 %	91	-51 %
Tous secteurs	10 712	38 %	6 684	60 %

Données Unifaf - Observatoire - Enquête emploi 2012.

Champ : Etablissements de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif.



Au cours de cette période, le nombre d'établissements appartenant au champ de la branche a, quant à lui, augmenté de 41 %<sup>17</sup> et les effectifs salariés de 27 %. Le développement du secteur n'est donc pas l'unique explication de la très forte croissance des effectifs d'AS et d'AMP. Nous pouvons supposer qu'elle est également liée, en partie, à une qualification de salariés déjà en poste il y a cinq ans, à des « faisant fonction » qui ont depuis bénéficié d'une formation certifiante.

### 3. Profil sociodémographique des salariés

#### a) La part des femmes

Les trois professions sont très féminisées : 84 % des AS, 89 % des AMP et 96 % des « aides à domicile, aides ménagères » sont des femmes<sup>18</sup>. La féminisation des aides-soignants est davantage marquée en province.

Tableau 3 : Proportion de femmes parmi les salariés (en %)

	Ile -de- France	Province
Aides-soignants	84 %	91 %
Aides médico-psychologiques	89 %	87 %
Aides à domicile	96 %	97 %
Ensemble des salariés	49 %	52 %

Source : Insee - Recensement de la population 2010

#### b) Le vieillissement des salariés

Les « aides à domicile, aides ménagères » sont les plus âgés (en moyenne 44 ans, contre 40 ans pour les AS et 37 ans pour les AMP). Les problématiques liées aux départs en retraite et au vieillissement des salariés concernent donc particulièrement ces professionnels puisque 19 % des aides à domicile sont âgés de 55 ans et plus. A titre de comparaison, 14 % des actifs occupés sont âgés de 55 ans et plus en Ile-de-France.

<sup>17</sup> Dû, à la fois, à des établissements nouvellement créés, mais également, aux établissements plus anciens ayant adhéré à Unifaf entre 2007 et 2012.

<sup>18</sup> Etant donné qu'il n'est pas possible d'affiner les résultats du recensement aux professionnels AVS, nous avons fait le choix de présenter l'ensemble de la catégorie « aide à domicile, aides ménagères ».

Tableau 4 : Répartition par âge des aides-soignants, aides médico-psychologiques et aides à domicile d'Ile-de-France

Age des salariés	Aide-soignant	Aide médico-psychologique	Aide à domicile, aide-ménagère
Moins de 25 ans	10 %	14 %	6 %
De 25 à 54 ans	81 %	81 %	75 %
55 ans et plus	9 %	5 %	19 %
Total	100 %	100 %	100 %
Age moyen	40 ans	37 ans	44 ans

Source : Insee - Recensement de la population 2010

Afin de prévenir les maladies professionnelles, et particulièrement les troubles musculo-squelettiques, plusieurs établissements interrogés ont mis en place, en interne, une politique de prévention et d'accompagnement dont les actions récurrentes sont :

- Des formations régulières sur la prévention des risques professionnels et l'usage des aides mécaniques (lève-malade, verticalisateur, etc.) ;
- Une évolution interne ou externe des salariés vers d'autres métiers (secrétaire, formateur) via des formations ;
- Une réflexion autour des contrats de génération, et du rôle à confier au sein des structures aux salariés vieillissants.

### c) La professionnalisation des métiers

La volonté politique de voir les métiers liés à l'accompagnement des personnes âgées dépendantes se professionnaliser a eu un effet direct sur le niveau de qualification des salariés en poste. A partir de 2007, les employeurs ont fortement investi dans la formation continue afin de diplômer les salariés « faisant fonction » d'aides-soignants, d'aides médico-psychologiques et d'auxiliaires de vie sociale qui ne possédaient pas le diplôme adéquat.

Les éléments recueillis dans l'Enquête emploi conduite par Unifaf permettent d'approcher ces effectifs et confortent les observations faites par les employeurs rencontrés. Les résultats obtenus en 2007 et 2012 sur « la part de CDI n'ayant pas le diplôme requis » offrent ainsi deux constats :

- La proportion de « faisant fonction » est plus élevée chez les AMP que chez les AS puisqu'elle est presque nulle pour ces derniers. En effet, la maîtrise de certains

gestes techniques permet plus difficilement à des salariés non formés d'occuper un poste d'AS sans posséder le diplôme ;

- Une vague de régularisation des AMP (acquisition du diplôme par les « faisant fonction ») a été menée par les employeurs du secteur sanitaire et de l'action sociale. En effet, en cinq ans, les AMP n'ayant pas le diplôme requis sont passés de 13 % à 4 %.

Tableau 5 : Besoin de qualification en Ile-de-France - Pourcentage de CDI n'ayant pas de diplôme requis

	Aide-soignant	Aide médico-psychologique
2007	1,1 %	13 %
2012	2,1 %	4 %

Données Unifaf - Observatoire - Enquête emploi 2012

Champ : Etablissements de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif

En Ile-de-France, un cinquième des salariés AS ou AMP, et la moitié des aides à domicile font état d'un niveau de diplôme infra V<sup>19</sup>. Les résultats concernant les autres niveaux de diplômes ne sont pas exploitables ; la question posée dans le formulaire individuel du recensement introduit de la confusion pour les titulaires d'un diplôme du secteur sanitaire et social<sup>20</sup>. On peut toutefois observer que le niveau de diplôme évolue en parallèle de l'âge des salariés. Par exemple, parmi les aides-soignants de 50 ans et plus, 37 % déclarent un niveau infra V alors que cette proportion n'atteint, chez les moins de 30 ans, que 9 % (cf. Tableau 6). Ce constat, qui confirme la professionnalisation des emplois, est d'ailleurs vrai pour une majorité des métiers appartenant ou non au secteur sanitaire et social.

<sup>19</sup> Sans diplôme ou brevet des collèges.

<sup>20</sup> Les formations sanitaires et sociales, quel que soit le niveau, sont classées en niveau III.

Tableau 6 : Proportion de salariés déclarant un niveau de formation infra V

Age	Aide-soignant	Aide médico-psychologique	Aide à domicile, aide-ménagère
Moins de 30 ans	9 %	16 %	31 %
De 30 à 49 ans	18 %	19 %	48 %
50 ans et plus	37 %	33 %	60 %
Ensemble	20 %	20 %	50 %

Source : Insee - Recensement de la population 2010

Les très faibles taux de « faisant fonction » issus de l'enquête d'Unifaf et les 20 % de salariés qui déclarent un niveau de diplôme infra V peuvent sembler contradictoires. Or, ces deux enquêtes ne couvrent pas les mêmes champs.

#### d) Les difficultés face à l'écrit

Malgré cette élévation du niveau de qualification, les employeurs (et les responsables d'organismes de formation) notent de plus grandes difficultés des salariés et des inscrits en formation face à l'écrit. Non seulement ce constat pose problème dans la pratique professionnelle, et notamment lors des transmissions<sup>21</sup>, mais il handicape également les salariés dans leur évolution professionnelle, et l'acquisition de nouveaux diplômes. En parlant des inscrits au DEAVS, un responsable de pôle dans un organisme de formation évoque que « *ce sont des publics qui ont quitté très tôt les études et se retrouvent donc dans l'incapacité à restituer leur pensée ou les savoirs. Ils comprennent les enseignements mais sont très pénalisés lorsqu'il s'agit de restituer le plus fidèlement possible ce qu'ils ont acquis. Ils échouent souvent dans les domaines de compétences qui doivent être validés à l'écrit.* »

Le concours d'entrée qui conditionne l'accès à ces formations ne permet pas toujours de jouer un rôle de filtre, car :

- Il existe un système de dispenses qui permet aux détenteurs d'autres diplômes d'éviter la sélection par concours (le titre professionnel ADVF<sup>22</sup> par exemple pour l'accès au DEAVS) alors qu'ils ne maîtrisent pas la langue ;
- Les responsables de formation font parfois le pari, dans une volonté de promotion sociale, que les personnes vont réussir à dépasser ces difficultés ;
- Enfin, les organismes de formation sont pris dans des enjeux de financement et de remplissage des promotions.

<sup>21</sup> Les écrits transcrits dans les dossiers de soins des patients permettent le suivi et la traçabilité des soins dispensés.

<sup>22</sup> Assistant(e) De Vie aux Familles. Le certificateur de ce titre professionnel est le Ministère chargé du travail.

Des actions de pré-qualification ont été mises en place dans certains organismes, mais elles nécessitent un montage financier souvent complexe.

Ce phénomène n'est pas spécifique au secteur de la santé et de l'action sociale, et les causes avancées peuvent être « d'ordre scolaire (à travers les politiques éducatives mises en place, le temps consacré à l'apprentissage de la langue, la formation des enseignants, etc.) ou d'ordre sociétal (à travers l'évolution de la relation à l'écrit par exemple) »<sup>23</sup>. Par ailleurs, le développement des démarches qualité a pour conséquence la montée des exigences sur la traçabilité des actes qui induit la nécessité pour les salariés de produire plus qu'avant des écrits professionnels. Il peut probablement être mis en lien également avec une autre évolution importante soulignée par les employeurs et les responsables d'organismes de formation : la paupérisation des salariés, résultat de la crise économique qui a débuté en Ile-de-France en 2008.

### **e) La précarisation des salariés**

Nombreux sont les employeurs qui observent dans leurs équipes de plus en plus de cas de pauvreté, de surendettement (etc.) auxquels s'ajoutent, parfois, des difficultés d'ordre familial (divorces, enfants délinquants, etc.). Ce constat semble particulièrement marqué chez les auxiliaires de vie sociale, dont le niveau de revenu est inférieur à celui des aides-soignants et des aides médico-psychologiques. Les responsables se voient alors contraints de mettre en place un accompagnement de leurs salariés/élèves afin de les assister dans les démarches administratives, les recherches de logement, les demandes d'aides sociales, etc.

Ce secteur, fortement créateur d'emplois et accessible avec un bas niveau de qualification, attire en effet des individus en fortes difficultés financières : des demandeurs d'emploi de longue durée, des mères célibataires, des femmes au foyer contraintes de rechercher un emploi pour pallier le chômage de leur conjoint, etc. Les employeurs dénoncent le fait que l'entrée dans le métier se fait, ainsi, de plus en plus par opportunité d'emploi que par réel attrait du métier. Or il peut être difficile de venir en aide aux personnes quand on est soi-même en grande difficulté. Le rôle des prescripteurs (Pôle emploi, Missions locales, Cap Emploi, etc.), dont l'objectif est de permettre à un large public de s'insérer sur le marché du travail dans des délais les plus courts possibles, concourt à accentuer ce phénomène. Les employeurs regrettent que « *les conseillers orientent vers des secteurs fléchés comme ayant de fortes opportunités d'emploi, sans avoir une réelle connaissance du secteur et du profil recherché par les employeurs (bonne maturité, sens du contact, etc.)* ».

---

<sup>23</sup> Jeanne-Marie Daussin, Saskia Kespeik, Thierry Rocher, « L'évolution du nombre d'élèves en difficulté face à l'écrit depuis une dizaine d'années », Depp, 2011.

## Les conditions d'emploi

### 1. Domaines d'activité

Aucun de ces trois métiers ne pouvant s'exercer en libéral, les salariés relèvent tous de la fonction publique, d'une structure privée (lucrative ou non lucrative) ou d'un particulier.

90 % des aides-soignants et des aides médico-psychologiques et 70 % des « aides à domicile, aides ménagères » exercent dans le secteur sanitaire et social.

Si on descend à un niveau plus fin dans la nomenclature des secteurs d'activité, les deux tiers des aides-soignants exercent dans la santé, 71 % des aides médico-psychologiques exercent en hébergement médico-social et 58 % des aides à domicile exercent dans l'action sociale (cf. Tableau 7).

Tableau 7 : Répartition des effectifs franciliens selon les activités économiques (en 88 postes)

Activité économique en 88 postes	Aide-soignant	Aide médico-psychologique	Aide à domicile, aide-ménagère
Santé	<b>64 %</b>	9 %	2 %
Hébergement médico-social	17 %	<b>71 %</b>	10 %
Action sociale	5 %	10 %	<b>58 %</b>
Personnels domestiques de ménages employeurs	0 %	0 %	8 %
Administration publique	2 %	2 %	8 %
Autres	12 %	8 %	14 %
Total	100 %	100 %	100 %

Source : Insee - Recensement de la population 2010

Note : Les 8 % « d'aides à domicile, aides ménagères » positionnés sur l'activité « administration publique » dépendent du champ de l'action sociale (ex : CCAS) et ne correspondent pas à des emplois administratifs

Ainsi, les aides-soignants sont principalement salariés des établissements hospitaliers et des Epha. Les secteurs d'activité dominants sont les activités hospitalières (pour 61 % d'entre eux), l'hébergement médicalisé pour personnes âgées (11 %) et l'hébergement social pour personnes âgées (3 %). Quant aux AMP, les secteurs d'activité sont plus variés mais ciblent surtout les établissements pour personnes atteintes d'un handicap (46 %) et pour personnes âgées (26 %). Ils ne sont que 8 % en activités hospitalières. Même si les AMP sont, à ce jour, très peu présents dans l'aide à domicile, l'activité auprès des personnes en situation de handicap progresse nettement dans ce secteur. Enfin les « aides à domicile, aides ménagères » exercent à 43 % dans l'aide à domicile, 8 % dans l'accueil de jeunes enfants, 8 % également dans l'activité des ménages

employeurs de personnel domestique<sup>24</sup>, 7 % dans l'administration publique et 6% dans l'action sociale sans hébergement (cf. Tableau 8).

Tableau 8 : Répartition des effectifs franciliens selon les activités économiques (en 732 postes)

NAF 08 (activité économique en 732 postes)	Aide-soignant	Aide médico-psychologique	Aide à domicile
Activités hospitalières	<b>61 %</b>	8 %	1 %
Hébergement médicalisé adultes handicapés	1 %	<b>16 %</b>	0 %
Hébergement médicalisé enfants handicapés	0 %	<b>12 %</b>	0 %
Hébergement médicalisé personnes âgées	<b>11 %</b>	<b>21 %</b>	6 %
Hébergement social pour personnes âgées	3 %	5 %	2 %
Hébergement social handicapés malades mentaux	1 %	<b>14 %</b>	0 %
Aide à domicile	2 %	2 %	<b>43 %</b>
Accueil de jeunes enfants	1 %	1 %	8 %
Activité des ménages employeurs de personnel domestique	0 %	0 %	8 %
Administration publique générale	2 %	2 %	7 %
Action sociale sans hébergement	1 %	2 %	6 %
Aide par le travail	0 %	3 %	0 %
Accueil sans hébergement enfants handicapés	0 %	2 %	0 %
Hébergement social handicapés physiques	0 %	2 %	0 %
Hébergement social adultes familles en difficulté	0 %	1 %	0 %
Activité des infirmiers et sages-femmes	1 %	0 %	1 %
Autres organisations adhésion volontaire	1 %	2 %	3 %
Autres	15 %	7 %	15 %
Ensemble	100 %	100 %	100 %

Source : Recensement de la population 2010

Par ailleurs, les données de SIMS, indiquent que les AMP se répartissent de la façon suivante : 5 % dans le secteur public, 82 % dans le secteur privé à but non lucratif et 13 % dans le secteur privé commercial.

## 2. Type de contrat et rémunération

Près de 90 % des AS et des AMP et plus de 50 % des « aides à domicile, aides ménagères » travaillent à temps complet. Ces taux sont bien supérieurs à ceux que l'on observe pour ces professions ailleurs en France.

<sup>24</sup> Il est probable que la part des particuliers employeurs soit sous-estimée dans les données du recensement. L'étude de la Drees, « Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008 » précise que parmi les intervenantes, 37 % travaillent exclusivement pour des services prestataires, 24 % exclusivement en emploi direct pour des particuliers employeurs et 39 % exercent leur activité soit en mode mandataire soit de façon mixte, c'est-à-dire sous plusieurs modes.

Tableau 9 : Comparaison des proportions de salariés à temps complet en Ile-de-France avec les autres régions

	Ile-de-France	Autres régions
Aides-soignants	88 %	75 %
Aides médico-psychologiques	89 %	79 %
Aides à domicile	56 %	39 %
Ensemble des salariés	85 %	82 %

Source : Recensement de la population 2010

Par ailleurs, les résultats de l'enquête de la branche de l'aide à domicile<sup>25</sup> indiquent que 75 % des AVS bénéficient d'un temps plein (contre 58 % des agents à domicile<sup>26</sup> et 67 % des employés à domicile).

Les emplois d'aides-soignants sont un peu plus stables que les deux autres catégories de professionnels puisque 90 % des premiers bénéficient d'un contrat en CDI contre 83% des AMP et 82 % des aides à domicile. Cette plus grande stabilité est peut-être à mettre en lien avec l'emploi fréquent des AS dans le domaine hospitalier (61 % d'entre eux), plus souvent sous statut public que les autres domaines d'activité<sup>27</sup>.

Outre la stabilité, les aides-soignants bénéficient également de rémunérations plus élevées que les deux autres catégories d'emplois. En Ile-de-France, la moitié d'entre eux perçoit une rémunération annuelle nette globale<sup>28</sup> comprise entre 18 000 et 20 000 euros, tandis que la médiane se situe entre 12 000 et 14 000 euros pour les aides médico-psychologiques et entre 8 000 et 10 000 euros pour les aides à domicile. Le salaire médian francilien est, quant à lui, compris entre 20 000 et 22 000 euros (cf. Tableau 10).

Tableau 10 : Rémunérations annuelles nettes globales

	Ile-de-France	France
Aides-soignants	Entre 18 000 et 20 000	Entre 18 000 et 20 000
Aides médico-psychologiques	Entre 12 000 et 14 000	Entre 14 000 et 16 000
Aides à domicile	Entre 8 000 et 10 000	Entre 8 000 et 10 000
Ensemble des salariés	Entre 20 000 et 22 000	Entre 16 000 et 18 000

Source : DADS 2010

<sup>25</sup> La branche recouvre les associations et organismes employeurs privés à but non lucratif. Les particuliers employeurs et les entreprises commerciales sont donc exclus de ce champ.

<sup>26</sup> Les agents à domicile correspondent à la catégorie A de la grille de classification de la branche, les employés à domicile à la catégorie B et les AVS à la catégorie C. Les aides-soignants et aides médico-psychologiques sont eux aussi en catégorie C.

<sup>27</sup> 77 % des AS qui exercent en milieu hospitalier sont salariés d'un établissement public (source Drees Ecosanté, 2013).

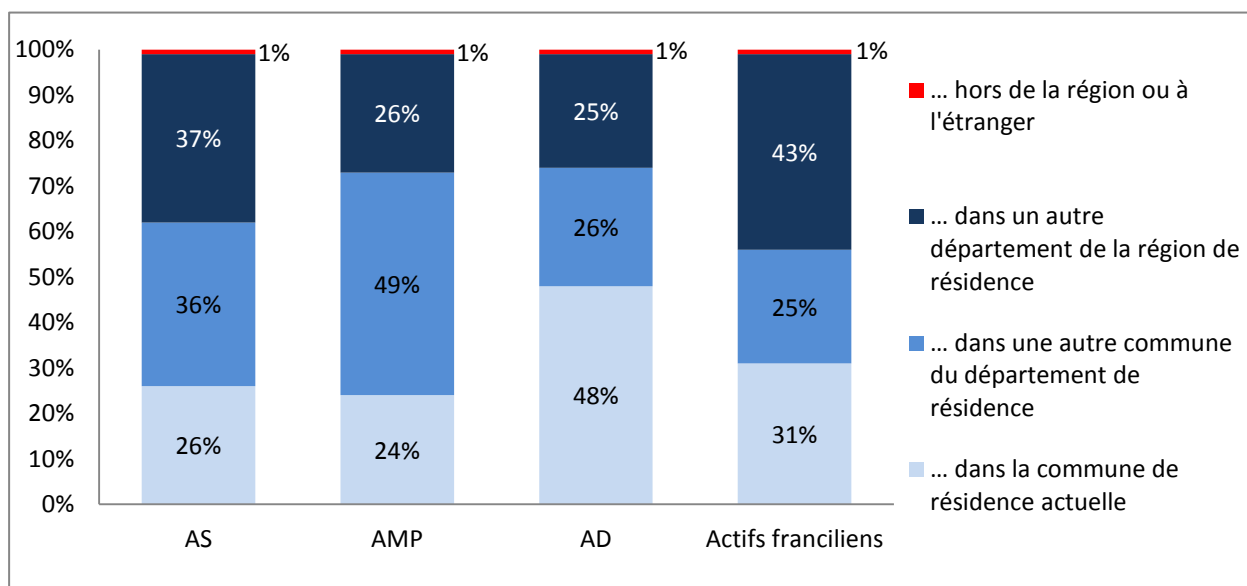
<sup>28</sup> Source : DADS 2010. La rémunération nette globale est le cumul de toutes les rémunérations nettes du salarié qu'il a perçu sur l'ensemble des postes effectués au cours de l'année.



Ces professionnels perçoivent des salaires bas qui, alors que le salaire médian des Franciliens est supérieur à celui de l'ensemble des Français, sont pour ces catégories professionnelles équivalents à ceux de la province. Or, le coût de la vie élevé en Ile-de-France entraîne des difficultés pour se loger et peut contraindre certains professionnels à s'éloigner de leur lieu de travail. L'allongement des temps de transport, cumulé à un pouvoir d'achat faible, affectent leurs conditions de vie. Ces difficultés financières sont d'autant plus grandes pour les AVS dont le niveau de revenu est inférieur à celui des AMP et plus encore à celui des AS.

Or, les services à domicile destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie nécessitent une proximité avec les bénéficiaires. Afin d'éviter des déplacements trop importants, les aides à domicile sont dans la nécessité de se loger à une distance raisonnable de leurs différents lieux d'intervention. Comme l'illustre le graphique 1, 48 % des aides à domicile travaillent dans leur commune de résidence (contre 26 % des AS et 24 % des AMP). A titre de comparaison, 31 % des actifs franciliens travaillent dans leur commune de résidence.

Graphique 1 : Indicateur du lieu de travail



Source : Insee - Recensement de la population 2010

Bien que les aides-soignants et les professionnels de l'aide à domicile soient répartis de façon assez homogène sur le territoire francilien, on peut supposer que le coût du logement impacte le lieu de résidence. Ainsi, parmi les AS, 9 % résident à Paris, mais 16 % résident en Seine-Saint-Denis et en Seine-et-Marne (cf. Tableau 11). Quant aux professionnels de l'aide à domicile, 18 % résident en Seine-Saint-Denis (contre 10 % à 13 % dans les autres départements). Les AMP sont, quant à eux, fortement surreprésentés en grande couronne (de 14 % dans le Val d'Oise à 21 % en Seine-et-Marne contre 5 à 11 % à Paris et en petite couronne) ce qui est cohérent avec l'implantation géographique des établissements à destination des personnes atteintes d'un handicap.

Tableau 11 : Répartition des professionnels selon leur lieu de résidence

Départements	Aides-soignants	Aides médico-psychologiques	Aides à domicile
Paris	9 %	5 %	<b>13 %</b>
Seine-et-Marne	<b>16 %</b>	<b>21 %</b>	12 %
Yvelines	11 %	15 %	12 %
Essonne	12 %	<b>19 %</b>	10 %
Hauts-de-Seine	10 %	6 %	12 %
Seine-Saint-Denis	<b>16 %</b>	9 %	<b>18 %</b>
Val-de-Marne	14 %	11 %	12 %
Val d'Oise	12 %	14 %	11 %
Total	100 %	100 %	100 %

Source : Insee - Recensement de la population 2010

Etant donné les faibles rémunérations auxquelles ces professionnels peuvent prétendre, résider dans certains départements franciliens, au regard des prix des logements, constitue une réelle contrainte. Nous observons que près de la moitié des AMP, des aides à domicile et des aides-soignants vivent dans un logement appartenant à un organisme HLM, alors que cette proportion n'atteint que 21 % pour l'ensemble des actifs franciliens ayant un emploi (cf. Tableau 12). Les proportions sont particulièrement élevées à Paris, et en petite couronne.

Tableau 12 : Part des actifs ayant un emploi, vivant dans un logement appartenant à un organisme HLM

Départements	Aides-soignants	Aides médico-psychologiques	Aides à domicile	Ensemble des actifs franciliens ayant un emploi
Paris	<b>50 %</b>	44 %	<b>45%</b>	17 %
Seine-et-Marne	24 %	33 %	28 %	15 %
Yvelines	38 %	40 %	44 %	18 %
Essonne	36 %	50 %	40 %	19 %
Hauts-de-Seine	<b>56 %</b>	<b>52 %</b>	<b>51 %</b>	25 %
Seine-Saint-Denis	<b>50 %</b>	<b>53 %</b>	<b>48 %</b>	31 %
Val-de-Marne	<b>50 %</b>	<b>56 %</b>	<b>47 %</b>	27 %
Val d'Oise	38 %	<b>51 %</b>	43 %	22 %
Total de l'Île-de-France	42 %	46 %	43 %	21 %

Source : Insee - Recensement de la population 2010

### 3. Pénibilité des emplois

Les métiers du secteur social et médico-social sont reconnus comme étant particulièrement exposés aux risques professionnels physiques et psychologiques.

Les risques d'usure physique sont principalement liés aux horaires de travail (plages de 10 à 12 heures par jour, travail de nuit, horaires décalés ou le week-end et les jours fériés) et aux manipulations des bénéficiaires (lever et coucher, habillage et déshabillage, toilettes). L'équipement des établissements en aides mécaniques (lève-malades, lits électriques ou verticalisateurs) n'est pas encore systématique mais s'est fortement

développé<sup>29</sup>. Toutefois, certains soignants, en raison de l'aménagement inadapté des chambres, d'une absence de formation ou de la volonté ou nécessité d'exécuter leurs tâches au plus vite, font le choix de ne pas les utiliser. Dans l'aide à domicile, ce type d'équipements est rarement présent puisque les soins sont prodigués dans les logements des particuliers. La station debout, fréquente, et les nombreux déplacements sont également causes de pathologies veineuses.

L'usure psychologique est, quant à elle, davantage à mettre en lien avec la confrontation quotidienne à la souffrance, la surcharge de travail, le manque de reconnaissance ressenti par les salariés et l'exigence accrue des bénéficiaires et de leur entourage vis-à-vis de la qualité et des services. Les professionnels doivent chaque jour faire face à des situations ayant un impact émotionnel fort : la souffrance des patients, leur détresse, les agressions physiques et verbales et parfois la mort, mais également l'angoisse et le sentiment de culpabilité des familles.

L'étude PRESST<sup>30</sup>, réalisée en 2005 auprès de plus de 5 000 soignants, confirme l'état d'épuisement de ces derniers et montre que cela semble plus préoccupant encore pour les personnels des Ehpad. L'orientation des politiques publiques en faveur du maintien à domicile des personnes âgées dépendantes a renforcé les situations de stress auxquelles sont soumis ces salariés. En effet, les personnes âgées font leur entrée en maison de retraite plus tardivement, présentant donc un état physique et psychologique plus dégradé (dépendance plus importante, poly-pathologies, démence sénile, etc.). *« Les résidents arrivent de plus en plus malades et les séjours sont de plus courtes durées. Ce qui change l'approche des soins mais également la relation entre les soignants et les résidents. Psychologiquement, c'est plus dur pour les équipes qui assistent de plus en plus souvent à des décès, qu'ils doivent prendre en charge ainsi que les familles »*, déclare une Directrice d'un Ehpad en petite couronne. L'impact de l'entrée en toute fin de vie est également notable pour les patients. *« Avant les résidents arrivaient de façon plus volontaire, ils avaient choisi d'entrer en maison de retraite à un moment où ils étaient encore valides, mais où ils ne souhaitaient plus être un poids pour leur famille. L'accompagnement à domicile n'était alors pas aussi développé. Ils pouvaient ainsi bénéficier de tout ce qu'un Ehpad peut offrir en termes d'activités, de socialisation, de développement des fonctions cognitives, etc. Aujourd'hui, ils entrent souvent tard et de façon subie et rapide (après un accident, un passage à l'hôpital, et jugés trop dépendants pour rentrer chez eux). L'intégration est donc plus difficile »*, précise une Directrice d'un Ehpad en petite couronne.

---

<sup>29</sup> Les établissements peuvent bénéficier de financements particuliers de l'ARS pour ce type d'équipements.

<sup>30</sup> Madeleine ESTRYN-BÉHAR, « Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe », Presses de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique, 2008.

Dans l'aide à domicile, les conditions de travail sont jugées plus difficiles encore qu'en établissement. En effet, les professionnels ne bénéficient pas toujours du matériel adéquat (lève-malade, etc.), ils ne sont pas intégrés dans une équipe (ils doivent ainsi travailler seuls et prendre seuls les décisions) et doivent également gérer la famille de l'utilisateur. L'emprise du domicile est très forte. Ce sont les professionnels qui doivent s'adapter au lieu de vie et non les bénéficiaires (comme c'est le cas en établissement). Ils bénéficient par ailleurs moins souvent que les salariés des institutions d'accès à la formation continue, même si la situation évolue favorablement. Ainsi, dans l'aide à domicile associative, l'Enquête panel 2011 démontre que l'effort de qualification et de professionnalisation des salariés s'est accentué.

Le constat d'épuisement physique et moral est par ailleurs renforcé par les difficultés financières des salariés et les contraintes budgétaires des employeurs. En effet, il n'est pas rare que des salariés, en complément de leur emploi en CDI à temps complet, réalisent des remplacements ou cumulent leur travail avec un emploi à temps partiel. Ce cumul de contrats de travail est rendu possible par l'organisation des temps pleins (10 heures à 12 heures par jour pendant 3 à 4 jours). Il peut avoir des conséquences sur les accidents du travail, les problèmes de maltraitance (fatigue, manque de concentration, irritabilité, etc.). *« Ce sont des pratiques très courantes dans les Ehpad. Nous ne sommes pas censés le savoir, mais on préfère être au courant pour suivre ces personnes et prévenir les risques d'accident du travail »*, indique une Directrice d'un Ehpad en grande couronne. Selon un Responsable RH d'une association dans l'action sociale et la santé : *« pas mal de candidats que j'ai rencontrés à l'occasion d'un salon cherchaient des vacances en plus de leur poste. C'est aussi pour ça qu'elles sont épuisées à 50 ans »*.

Les budgets contraints dans les établissements ou l'aide à domicile ont également des conséquences sur les rythmes de travail et le sentiment d'insatisfaction des salariés. Les tensions sur les effectifs les obligent à adopter des cadences de travail qui déshumanisent leurs relations avec les bénéficiaires. Ce qui leur donne le sentiment de mal faire leur travail, de ne pas pouvoir mettre en application ce qu'ils ont appris au cours de leur formation.

Malgré ce tableau assez sombre, il faut toutefois mettre en évidence certains attraits que les salariés et les employeurs du secteur font valoir :

- Les salariés sont fiers de leur travail et de son utilité sociale ;
- En établissement, ils apprécient le travail au sein d'une équipe pluridisciplinaire ;
- A domicile, ils jugent positivement la proximité avec l'utilisateur et l'autonomie dont ils disposent dans l'exercice de leurs fonctions.

#### 4. Mobilisation des compétences : glissement / recouvrement de tâches

Les diplômés<sup>31</sup> menant aux emplois dont il est question dans cette étude, et les spécificités de chacun d'entre eux sont bien connus des employeurs. Les interlocuteurs rencontrés au sein des fédérations employeurs affirment que ce sont des métiers à part, que les tâches devraient être clairement définies, mais que sur le terrain, la réalité peut être différente. Ainsi, en théorie, les employeurs font bien la distinction entre les compétences associées à chacun, mais dans la pratique, il leur arrive fréquemment de faire un usage indifférencié des professionnels, et ce particulièrement pour ceux diplômés du DEAS et du DEAMP. Dans de nombreux établissements, les fiches de postes des aides-soignants et des aides médico-psychologiques sont identiques. Ils sont également souvent positionnés au même niveau dans les grilles de salaires, comme cela est notamment le cas dans la fonction publique. Dans l'aide à domicile, les trois diplômés sont positionnés au même échelon. Ces zones de recouvrement sont le résultat de multiples facteurs :

- La nécessité pour les employeurs d'organiser au mieux le fonctionnement de leurs équipes en tenant compte des effectifs disponibles et en évitant les temps de travail morcelés. *« Les AS et les AMP sont présents au quotidien 10 heures par jour. Ils prennent en charge le patient de manière globale. Ils ne peuvent pas se répartir les tâches. Sur le foyer de vie, par exemple, il y a quinze salariés dont seulement deux aides-soignants. Si les AMP ne faisaient pas de soins, les patients ne seraient pas soignés tous les jours »*, selon un cadre supérieur socio-éducatif dans un institut pour personnes atteintes de handicap en petite couronne. En s'en tenant aux seuls actes de soin et de nursing<sup>32</sup>, les aides-soignants interviendraient de manière schématique auprès des résidents : le matin pour le lever, la toilette et l'habillage, le midi pour les repas et le soir pour le déshabillage et le coucher, etc. Cela implique, de fait, des temps de travail très segmentés qui ne sont satisfaisants ni pour le salarié, qui multiplie les allers retours (problématique accrue en Ile-de-France), ni pour l'employeur qui complexifie sa gestion des plannings.
- La volonté d'une prise en charge globale de l'utilisateur et celle de limiter au maximum le nombre de professionnels qui interviennent auprès de lui. La Directrice d'un Ehpad en grande couronne précise : *« les rôles ne sont pas différenciés, car nous n'avons pas assez de personnels et que nous préférons travailler sur une vue*

---

<sup>31</sup> Présentés en détail dans la 3<sup>ème</sup> partie de ce rapport.

<sup>32</sup> Ensemble des soins d'hygiène et de confort prodigués aux personnes dépendantes.

*d'ensemble. La prise en charge est déjà morcelée et trop de personnes gravitent autour du résident ».*

- Certains salariés souhaitent diversifier leurs pratiques : par exemple, des aides-soignants revendiquent l'accompagnement lors d'animations et d'activités culturelles afin de ne pas être cantonnés aux seuls actes de soin et de toilette ; des aides médico-psychologiques souhaitent exercer des activités de soin ; ou encore des auxiliaires de vie sociale aspirent à prendre davantage de responsabilités.

A ces recouvrements s'ajoutent aussi parfois des glissements de tâches : celles des aides-soignants vers des actes normalement réservés aux infirmiers ; celles des aides médico-psychologiques vers celles habituellement réservées aux moniteurs-éducateurs. En ce qui concerne les glissements de tâches d'AS vers infirmiers, les causes sont principalement liées aux contraintes budgétaires qui pèsent sur les établissements et aux difficultés de recrutement de personnels d'encadrement. En effet, les enjeux financiers auxquels les employeurs sont confrontés les obligent à fonctionner en flux tendus. Il est fréquent, par exemple, que les Ehpad ne recrutent pas d'infirmier de nuit. Certains aides-soignants sont ainsi contraints, en cas de nécessité, de produire des actes réglementairement réservés aux infirmiers. Pour pallier cette absence d'infirmiers de nuit, des établissements ont mis en place un système d'astreintes téléphoniques ou font appel aux services d'urgence (SAMU). Par ailleurs, la pénurie manifeste d'infirmiers diplômés d'Etat oblige certains employeurs à limiter leur taux d'encadrement des personnels soignants. Or, contrairement aux professionnels de niveau V, il n'existe pas de diplômés équivalents qui pourraient se substituer aux infirmiers. A cela s'ajoutent parfois une méconnaissance de la réglementation par les employeurs<sup>33</sup> qui ne maîtrisent pas parfaitement les actes autorisés aux aides-soignants, mais également la volonté de ces derniers de prendre plus d'autonomie, confortés par le sentiment d'être en mesure de reproduire des actes qu'ils ont vu maintes fois exercés.

Or ces pratiques mettent en cause la responsabilité des employeurs mais également celle des salariés.

En ce qui concerne le cas de glissement de tâches d'aides médico-psychologiques vers celles de moniteurs-éducateurs, la situation est différente. Il s'agit plutôt d'une modification générale de la filière. Les éducateurs spécialisés endossent un rôle de cadre intermédiaire, les moniteurs-éducateurs celui d'éducateur et enfin les AMP celui de

---

<sup>33</sup> Exemple donné au cours des entretiens, de la glycémie capillaire qui est un acte réservé aux infirmiers mais que certains employeurs laissent faire aux aides-soignants.

moniteur-éducateur. Certains y voient la possible disparition du métier de moniteurs-éducateurs, quand d'autres l'analysent comme une évolution classique et l'opportunité d'une réelle évolution professionnelle permise par l'existence de diplômes de niveau V, IV et III qui jalonnent cette filière<sup>34</sup>.

Enfin, le cas des auxiliaires de vie sociale n'est pas à ignorer. Nous ne sommes pas en présence de glissements sur quelques tâches mais plutôt de cas de « faisant fonction ». Dans les Ehpad qui manquent d'aides-soignants, les employeurs font appel à des AVS comme variables d'ajustement. Dans l'aide à domicile, ils sont très régulièrement amenés à faire le travail des AMP et des AS (le week-end par exemple, lorsqu'il n'y a pas de passage dans la journée d'aides-soignants auprès des bénéficiaires). Par ailleurs, le maintien à domicile plus tardif et le raccourcissement des durées d'hospitalisation, impliquent un accroissement des besoins en termes de soins. Toutefois, étant donné que le classement des besoins en soin n'est pas systématique (le nombre de « lits » étant déterminé par l'ARS), les AVS prennent en charge les interventions qui devraient être dispensées par les AS et infirmiers.

Nous ne relayons ici que le constat réalisé sur les trois diplômes au centre de notre étude. Mais ces recouvrements ou glissements de tâches concernent d'autres professionnels qui exercent à leurs côtés (comme par exemple, les ASH<sup>35</sup> dans les institutions ou, dans l'aide à domicile, ceux possédant des titres ADVF ou des CAP « assistant technique en milieu familial et collectif »).

## 5. Mobilité professionnelle

Ainsi, certains employeurs, en raison de la taille de l'établissement ou de son rattachement à la fonction publique par exemple, sont en mesure de proposer à leurs salariés des mobilités vers d'autres services. Celles-ci sont, dans la plupart des cas, encouragées puisqu'elles permettent de rompre avec une certaine monotonie et de ralentir les risques d'usure professionnelle.

Il semble, par ailleurs, fréquent que des aides médico-psychologiques fassent la demande d'obtenir le diplôme d'aides-soignants. Ce souhait ne fait pas référence à une évolution salariale (puisque'ils sont, dans la plupart des cas, positionnés au même niveau) ni à un changement de tâches. Il renvoie plutôt à la perception d'une meilleure reconnaissance du métier (liée en partie à la technicité des gestes de soin), ainsi qu'à

---

<sup>34</sup> Ce qui n'est pas le cas actuellement dans la filière soignante puisque l'on passe directement du DEAS de niveau V au DE IDE de niveau III sans pallier intermédiaire.

<sup>35</sup> Agents de Services Hospitaliers.



l'ouverture d'opportunités pour intégrer la fonction publique ou évoluer vers des postes d'infirmiers. Ces évolutions, grâce aux passerelles qui existent entre ces diplômes, se font fréquemment via la VAE ou des cursus partiels. Elles nécessitent parfois la mise en place en interne d'un accompagnement (particulièrement sur des difficultés à l'écrit, ou l'appréhension de reprendre des études, etc.).

Les cas d'AS se positionnant sur un diplôme d'AMP sont bien moins fréquents et ne semblent exister que lorsque ceux-ci exercent déjà en synergie avec des AMP sur des lieux de travail qui valorisent leurs compétences particulières (tels que les instituts pour personnes atteintes de handicap).

Les mobilités ascendantes (AS vers infirmiers, AMP vers éducateurs spécialisés et AVS vers AS) sont rendues possibles grâce à la formation continue, et plus particulièrement la VAE. Nous reviendrons plus en détail sur ces mécanismes dans la partie concernant les modalités d'accès aux emplois. Cependant, il est à noter que les cas d'évolution vers des postes d'infirmiers ou éducateurs spécialisés sont rares, ces aspirations semblant peu concrétisées. Chaque année, parmi les plus de 5 000 inscrits au diplôme d'Etat d'infirmier, environ 500 sont titulaires d'un DEAS, soit 1 % des effectifs aides-soignants en poste<sup>36</sup>. Mêmes si des passerelles existent, l'acquisition de ces diplômes de niveau III demande un investissement personnel de la part des salariés très important. En ce qui concerne les évolutions d'AVS vers des diplômes d'AS ou d'AMP, elles restent faibles mais sont un peu plus fréquentes. A titre d'exemple, en 2012, 5 % des inscrits au DEAMP étaient titulaires d'un DEAVS.

Enfin, les mobilités externes semblent être fonction de nombreux paramètres tels que le secteur d'activité, le métier ou encore l'âge des salariés. Dans le cas de l'aide à domicile, le turnover semble se concentrer sur les aides-soignants et les aides médico-psychologiques qui, plus jeunes, sont à la recherche d'un emploi en institution offrant plus souvent un temps complet mais aussi un travail au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Les AVS, plus fréquemment entrés dans le métier en seconde partie de carrière, bénéficient également plus souvent d'un temps complet.

Par ailleurs, l'Ile-de-France, qui concentre un nombre d'établissements employeurs très élevé et un réseau de transport bien développé, offre une forte densité d'opportunités d'emplois. La situation est très différente dans certaines régions où peu de structures sont susceptibles d'embaucher des salariés à proximité de chez eux.

---

<sup>36</sup> Source : Enquête école de la Drees

Enfin, les personnes originaires des DOM ou de province, venues se former en Ile-de-France pour bénéficier de l'offre conséquente de formations et d'emplois, sont susceptibles de retourner dans leur région d'origine dès que des opportunités d'emplois se présentent.

Les mobilités externes des salariés soulèvent évidemment la question de leur fidélisation au sein des structures. Les mesures déployées par les employeurs sont nombreuses : à défaut de pouvoir intervenir sur le montant des salaires, ils misent sur d'autres types d'avantages (perspectives d'évolutions internes, aménagements des horaires, qualité de la prise en charge de la complémentaire santé, etc.).

# Les besoins en professionnels diplômés

## 1. Eléments de cadrage

Les évolutions démographiques qui touchent la France (forte natalité et vieillissement de la population) impactent directement les métiers des services aux particuliers. De nombreux rapports et études s'accordent à dire que le nombre d'emplois liés à la dépendance des personnes âgées devraient fortement progresser dans les dix prochaines années. Les estimations de créations d'emploi en Ile-de-France à l'horizon 2030 prévoient que le nombre de salariés devrait augmenter de 88 000 personnes dans le secteur de la santé et de l'action sociale<sup>37</sup>. C'est également le propos d'une publication de l'Insee<sup>38</sup> Ile-de-France qui chiffre la progression des emplois liés à la dépendance des personnes âgées à +31 % entre 2008 et 2020, ce qui nécessiterait la création de 23 000 emplois en équivalent temps plein. L'auteure précise que la catégorie d'emplois qui concerne les AMP augmenterait de 9 %, celle des AS de 18 % et celle des AVS de 50 %. Elle ajoute : « *d'ici 2020, 86 % des nouveaux emplois liés à la dépendance, seraient des emplois à domicile et 14 % des emplois en institution* ». En ce qui concerne les impacts géographiques, elle indique : « *les emplois liés à la dépendance des personnes âgées progresseraient de 39 % en grande couronne contre 31 % en petite couronne et 13 % à Paris* ».

A ces prévisions de croissance s'ajoutent d'importants départs en retraite. Une fois encore, c'est le secteur de l'aide à domicile qui sera le plus impacté, puisque 19 % des « aides à domicile, aides ménagères » sont âgés de 55 ans ou plus (cf. Tableau 4 page 20).

Ces éléments soulèvent inévitablement la question de l'existence de difficultés lors des recrutements. L'enquête « Besoins en Main d'Œuvre 2013<sup>39</sup> » indique que les « aides à domicile, aides ménagères » et les « aides-soignants (aides-soignants, aides médico-psychologiques, auxiliaires de puériculture, etc.) » apparaissent parmi les dix métiers les plus recherchés (hors saisonniers). Ils apparaissent également parmi les 10 métiers avec les plus fortes difficultés de recrutement. En Ile-de-France, 73 % des projets de recrutements « d'aides à domicile, aides ménagères » sont jugés difficiles par les employeurs. C'est également le cas pour 52 % des projets de recrutements « d'aides-

---

<sup>37</sup> Morad Ben Mezian, « Les créations d'emploi en Ile-de-France à l'horizon 2030. - L'impact important du Grand Paris », Défi métiers, Focale n°21, 2013.

<sup>38</sup> Sylvaine Drieux, « Dépendance des personnes âgées en Ile-de-France : un tiers d'emplois supplémentaires d'ici 2020 », Insee Ile-de-France à la page, juillet 2012.

<sup>39</sup> L'enquête Besoins en Main-d'œuvre (BMO) est une initiative de Pôle emploi. Réalisée avec les directions régionales et le concours du Crédoc, elle mesure les intentions de recrutement des employeurs pour l'année à venir.

soignants (aides-soignants, aides médico-psychologiques, auxiliaires de puériculture, etc.) ». Structurellement, les employeurs ressentent pour ces métiers des difficultés de recrutement qui s'expliquent par un turnover important et une image dégradée du métier.

Les fédérations et employeurs rencontrés lors des entretiens identifient principalement des problèmes de recrutement dans les domaines liés aux personnes âgées dépendantes (Ehpad et aide à domicile). Dans les domaines de la santé ou de l'hébergement pour personnes en situation de handicap, il semble que les tensions observées il y a cinq ou six ans se soient fortement atténuées.

Les Responsables RH et Directeurs(trices)déclarent recevoir des candidatures spontanées en abondance, mais jugent souvent celles-ci non adaptées au poste (profils qui ne correspondent pas, salariés déjà en poste, peu ou pas d'expérience, manque de motivation, etc.). Ainsi, dans ces cas, il s'agirait plus d'une mauvaise concordance entre le profil des postulants et celui recherché par les employeurs que d'une pénurie d'effectif de professionnels diplômés sur le marché.

Tableau 13 : Part des établissements d'Ile-de-France déclarant des difficultés de recrutement sur les emplois d'AS et d'AMP, les obligeant à modifier l'organisation du travail

	<b>Aide-soignant</b>	<b>AMP</b>	<b>Tous les emplois</b>
2007	41 %	10 %	49 %
2012	23 %	8 %	32 %

*Données : Unifaf-Observatoire - Enquête emploi 2012*

*Champ : Etablissements de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale à but non lucratif*

Les résultats suggèrent que le domaine des personnes âgées est celui qui déclare les plus fortes difficultés pour recruter des AS (37 % des établissements concernés).

Quant au secteur de l'aide à domicile, la part des structures rencontrant assez ou très souvent des difficultés lors des recrutements s'élève à 64 % pour les AVS, 59 % pour les AS et 29 % pour les AMP.

Tableau 14 : Prévisions 2011 de recrutements dans les deux ans

	Agents à domicile	Employés à domicile	AVS	AMP	AS	IDE	Autres
Pourcentage de recrutements prévus	43 %	25 %	17 %	2 %	12 %	1 %	7 %
Evolution 2010-2011	-17 %	-17 %	-17 %	45 %	133 %	7 %	/

Données : Observatoire de la branche de l'aide à domicile – Enquête panel 2011

Champ : Les associations et organismes employeurs privés à but non lucratif de l'aide à domicile

Lors de la même enquête, les employeurs interrogés indiquent que dans les deux ans à venir, 17 % de leurs recrutements concerneront des AVS, 12 % des AS et 2 % des AMP (cf. Tableau 13). Les prévisions sont globalement moins élevées qu'un an auparavant (-7%), mais supérieures sur certains postes tels que les AMP (+ 45 %) et les AS (+ 133%).

## 2. Critères qui favorisent les recrutements

Le domaine d'activité est donc un élément discriminant fort : celui de l'aide à domicile et celui de l'hébergement des personnes âgées doivent faire face à un net défaut d'attractivité.

Le secteur de la gériatrie attire peu les jeunes. Les métiers de l'aide aux personnes âgées peinent donc à recruter. Ils sont, en effet, mis en concurrence avec ceux de la petite enfance qui nécessitent le même niveau de diplôme, s'adressent au même type de public et offrent des débouchés aussi importants. Les aides-soignants préfèrent le secteur de l'hospitalisation qui bénéficie d'une meilleure reconnaissance professionnelle et offre l'opportunité d'une évolution professionnelle vers le métier d'infirmier. Quant aux aides médico-psychologiques, beaucoup s'orientent vers le secteur du handicap qui jouit également d'une meilleure reconnaissance sociale et leur permet de valoriser la spécificité de leur formation.

Par ailleurs, l'aide à domicile pâtit d'une représentation qui renvoie à l'isolement des professionnels, aux nombreux déplacements, aux temps partiels, aux temps de travail morcelés, à l'absence d'équipements adaptés et aux faibles rémunérations.

Les Ehpad, quant à eux, s'efforcent de se défaire de l'image péjorative véhiculée dans l'opinion publique depuis plusieurs décennies : équipes en surcharge, encadrement

infirmier insuffisant, images de mouirois, absence de mise en pratique de l'ensemble des actes appris en formation (par les aides-soignants). Les postes y semblent moins techniques, moins exigeants en termes de compétences médicales et, par conséquent, dévalorisés par rapport à ceux exercés dans le secteur sanitaire.

Au domaine d'activité, s'ajoutent d'autres critères déterminant l'attractivité d'un établissement tels que :

- Le rattachement au secteur public : le statut public d'un employeur reste, aujourd'hui encore, un gage de stabilité et d'opportunités d'évolutions professionnelles ascendantes mais aussi horizontales (via les mutations) ;
- L'accessibilité par les transports en commun : les établissements bien desservis, même ceux situés en grande couronne, se disent non pénalisés lors des recrutements par rapport à leur éloignement avec Paris. Ceux qui sont très éloignés se disent même parfois avantagés par un cadre et un coût de la vie plus intéressants pour des salariés aux faibles rémunérations ;
- La proximité avec un organisme de formation (IFSI, IRTS, etc.) semble enfin constituer un élément favorable à la fluidité des recrutements. La collaboration entre établissements facilite ainsi à la fois les placements de stagiaires en cours de formation et l'insertion des jeunes diplômés.

### **3. Les stratégies de recrutement élaborées par les employeurs**

Les critères de recrutement mis en avant par les employeurs sont classiques. Le premier élément examiné est celui de la détention du diplôme recherché. L'exigence des administrations de tutelle les obligent à recruter des salariés diplômés. La plupart d'entre eux reconnaissent que ces métiers nécessitent des compétences particulières qui doivent s'acquérir par une formation. Beaucoup de compétences s'assimilent sur le terrain. L'organisation des apprentissages pour l'obtention des diplômes prévoit des allers retours fréquents entre la formation théorique et les terrains de stage. Viennent ensuite l'expérience, la motivation, et les aspects relationnels.

Pour pourvoir les postes vacants, les employeurs font rarement appel aux canaux classiques de recrutement, de type Pôle emploi. Certains ont en effet exprimé leur doute

quant à la cohérence des profils orientés vers leurs établissements. Ils pensent que les acteurs de l'accueil, de l'information, de l'orientation et de l'accompagnement (Pôle emploi, Missions Locales, Cap Emploi, etc.) ne connaissent pas suffisamment bien les métiers du secteur.

La principale source d'alimentation des emplois sont les stages pratiques réalisés en cours de formation, ainsi que les salariés recrutés en CDD à l'occasion de remplacements. Ils permettent, à la fois de juger, en situation, les savoir-être et les savoir-faire de candidats potentiels. Mais ils sont également l'occasion, pour les employeurs, de démontrer l'attractivité de leurs établissements (conditions de travail, gestion des ressources humaines, organisation et cadre de travail, etc.) C'est particulièrement vrai pour les structures œuvrant dans le champ des personnes âgées dépendantes (aide à domicile ou Ehpad) qui y voient une occasion de déconstruire certains préjugés.

La seconde source, comme vu précédemment, concerne les candidatures spontanées que les employeurs déclarent recevoir en abondance mais qui sont inadaptées aux profils recherchés.

## Les parcours de formation

Les diplômes présentés ci-dessous sont les trois diplômes au cœur de cette étude. Il en existe toutefois d'autres de niveau V ou infra V dont les titulaires travaillent pour les mêmes employeurs et en collaboration avec les professionnels que nous étudions. Dans certains cas, les titulaires desdits diplômes peuvent même être amenés à « faire fonction » d'aide-soignant, d'aide médico-psychologique ou d'auxiliaire de vie sociale.

De façon très synthétique, les principaux financeurs de la formation professionnelle sont l'Etat, le Conseil régional d'Ile-de-France, Pôle emploi et les employeurs.

En ce qui concerne l'Etat, les deux Ministères qui interviennent de façon majeure sont le ministère de l'Education nationale et le ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social. Le Conseil régional d'Ile-de-France pilote notamment le Schéma régional des formations sanitaires et sociales. Il assure ainsi le financement d'une vingtaine de centres de formation en travail social et celui de plus d'une centaine d'écoles paramédicales. Pôle emploi garantit une partie du financement de la formation continue des demandeurs d'emploi par l'intermédiaire de programmes de Préparation Opérationnelle à l'Emploi (POE) et d'actions de formation conventionnées. Enfin, les employeurs ont une obligation légale en matière de financement de la formation continue qui dépend de la taille de l'établissement. Les entreprises disposent également de contrats de travail particuliers permettant, alternativement, des périodes de travail en entreprise et des périodes de formation en centre (le contrat de professionnalisation et le contrat d'apprentissage). Elles peuvent aussi faire appel à des contrats aidés qui introduisent des obligations de formation et d'accompagnement des salariés (Emplois d'avenir, contrat de génération, etc.).

### 1. Présentation des diplômes

Le Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant (DEAS) remplace, depuis 2007, le Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Aide-Soignant (CAFAS – créé en 1956) et le Diplôme Professionnel d'Aide-Soignant (DPAS – créé en 1996). Il est ouvert à la VAE depuis 2005. C'est un diplôme de niveau V qui se prépare en un an (595 heures d'enseignement théorique et 840 heures d'enseignement pratique).



Il se divise en huit domaines de compétences :

- Domaine 1 - Accompagnement d'une personne dans les activités de la vie quotidienne ;
- Domaine 2 - L'état clinique d'une personne ;
- Domaine 3 - Les soins ;
- Domaine 4 - Ergonomie ;
- Domaine 5 - Relation - communication ;
- Domaine 6 - Hygiène des locaux hospitaliers ;
- Domaine 7 - Transmission des informations ;
- Domaine 8 - Organisation du travail.

Depuis 2007, le diplôme est accessible par la formation continue (les IFAS réservent 35 % des places à des salariés en fonction depuis au moins trois ans). En 2012, quatre-vingt-un lieux de formation en Ile-de-France proposent plus de 3 000 places en DEAS.

Le Diplôme d'Etat d'Aide Médico-Psychologique (DEAMP) remplace, quant à lui, depuis 2006 le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide Médico-Psychologique (CAFAMP lui-même créé en 1992). Il est ouvert à la VAE. Il s'agit également d'un diplôme de niveau V qui se prépare en un an (504 heures d'enseignement théorique et 840 heures d'enseignement pratique).

Auparavant réservé à la formation continue, il est aujourd'hui ouvert à la formation initiale. En 2012, trente-quatre lieux de formation proposent près de 2 000 places en Ile-de-France.

Il se divise en six domaines de compétences :

- Domaine 1 - Connaissance de la personne ;
- Domaine 2 - Accompagnement éducatif et aide individualisée dans les actes de la vie quotidienne ;
- Domaine 3 - Animation de la vie sociale et relationnelle ;
- Domaine 4 - Soutien médico-psychologique ;
- Domaine 5 - Participation à la mise en place et au suivi du projet personnalisé ;
- Domaines 6 - Communication professionnelle et vie institutionnelle.

Le Diplôme d'Etat d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS) remplace, depuis 2002, le CAFAD (Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Aide à Domicile). Il s'agit aussi d'un diplôme de niveau V qui se prépare en un an (504 heures d'enseignement théorique et 560 heures d'enseignement pratique). Il est ouvert à la VAE depuis 2002.

En 2012, vingt-sept lieux de formation proposent plus de 500 places en Ile-de-France. Le DEAVS est ouvert à la formation initiale et continue.

Il se divise en six domaines de compétences que sont :

- Domaine 1 – Connaissance de la personne,
- Domaine 2 - Accompagnement et aide individualisée dans les actes essentiels de la vie quotidienne,
- Domaine 3 - Accompagnement dans la vie sociale et relationnelle,
- Domaine 4 – Accompagnement et aide dans les activités ordinaires de la vie quotidienne,
- Domaine 5 - Participation à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du projet individualisé,
- Domaine 6 – Communication professionnelle et vie institutionnelle.

Ces trois diplômes de niveaux V, qui s'inscrivent dans le périmètre du schéma des formations sanitaires et sociales confié au Conseil régional d'Ile-de-France en 2004, sont fortement liés. Il existe notamment des passerelles qui permettent d'obtenir un des trois diplômes quand on possède l'un des autres avec des allègements partiels de formation.

Les tableaux 15, 16 et 17 proposent une vue synthétique des dispenses et allègements. Dans le cas des premières, le domaine de compétences est acquis par le seul fait de posséder un autre diplôme spécifique. Dans le cas des allègements, une partie du domaine concerné reste à acquérir par les élèves ou étudiants.

Tableau 15 : Passerelles des DEAMP et DEAVS vers le DEAS

Domaines de compétences du DEAS	Titulaire du DEAVS	Titulaire du DEAMP
<b>Domaine 1 – Activités vie quotidienne</b>	Dispense	Dispense
<b>Domaine 2 – Etat clinique</b>		
<b>Domaine 3 – Soins</b>		
<b>Domaine 4 – Ergonomie</b>	Dispense	Dispense
<b>Domaine 5 – Communication</b>	Dispense	Dispense
<b>Domaine 6 – Hygiène</b>		
<b>Domaine 7 – Transmission</b>	Dispense	Dispense
<b>Domaine 8 – Organisation</b>		Dispense

Tableau 16 : Passerelles des DEAS et DEAVS vers le DEAMP

Domaines de compétences du DEAMP	Titulaire du DEAS	Titulaire du DEAVS
<b>Domaine 1 – Connaissance</b>	Dispense	Dispense
<b>Domaine 2 – Actes vie quotidienne</b>	Dispense	Dispense
<b>Domaine 3 – Vie sociale</b>	Allègement	Allègement
<b>Domaine 4 – Activités vie quotidienne</b>	Allègement	Allègement
<b>Domaine 5 – Projet individualisé</b>		Dispense
<b>Domaine 6 – Communication</b>	Dispense	Dispense

Tableau 17 : Passerelles des DEAS et DEAMP vers le DEAVS

Domaines de compétences du DEAVS	Titulaire du DEAS	Titulaire du DEAMP
<b>Domaine 1 – Connaissance</b>	Dispense	Dispense
<b>Domaine 2 – Actes vie quotidienne</b>	Dispense	Dispense
<b>Domaine 3 – Vie sociale</b>	Allègement	Dispense
<b>Domaine 4 – Activités vie quotidienne</b>		
<b>Domaine 5 – Projet individualisé</b>	Allègement	Dispense
<b>Domaine 6 – Communication</b>	Allègement	Allègement

Les enseignements délivrés dans les diplômes d'AMP et d'AVS sont très proches. En effet, près de 70 % des contenus sont identiques. Cet élément a, entre autres, conduit la DGCS à s'interroger sur la possible refonte des diplômes. Des groupes de travail sont, à ce jour, en réflexion sur cette question dont l'issue sera probablement la création d'un nouveau diplôme rassemblant les compétences nécessaires à ces deux métiers.

## 2. Effectifs de diplômés et profil des formés

En 2012, on compte en Ile-de-France, 3 703 diplômés du DEAS (dont 6 % en parcours VAE), 934 diplômés du DEAMP (dont 10 % en parcours VAE) et 815 diplômés du DEAVS (dont 53 % en parcours VAE). Ils représentent à eux trois environ un quart des diplômés du secteur sanitaire et social.

Tableau 18 : Effectifs de diplômés et taux de réussite en 2012

	Parcours de formation		Parcours VAE		Ensemble	
	Diplômés	Taux de réussite	Diplômés	Taux de réussite	Diplômés	Taux de réussite
DEAS	3 499	90 %	204	21 %	3 703	75 %
DEAMP	840	87 %	94	64 %	934	84 %
DEAVS	380	42 %	435	54 %	815	48 %

Source : DRJSCS 2012

Les taux de réussite aux DEAS et DEAMP sont élevés (entre 85 et 90 %) lorsqu'il s'agit de parcours de formation initiale ou continue hors VAE (cf. Tableau 18). Ceux du DEAS via la VAE sont beaucoup plus faibles (21 %) mais ne prennent en compte que les candidats qui ont validé totalement leur diplôme lors de la présentation au jury. Tous ceux qui l'ont validé partiellement et se sont inscrits dans un organisme de formation pour compléter la formation sont donc comptabilisés en échec.

En ce qui concerne le DEAVS, les taux de réussite en parcours « classique » sont très faibles (42 %), mais contrairement au DEAS, ils sont plus élevés en parcours VAE (54 %). Les taux de réussite en VAE des DEAVS et DEAMP (64 %) sont probablement à mettre en lien avec les passerelles qui existent entre ces diplômes et favorisent son obtention avec très peu de domaines à faire valider. Par ailleurs, l'obtention du DEAMP et du DEAVS ne nécessite pas d'avoir pratiqué des gestes techniques règlementés comme c'est le cas pour le DEAS. Ainsi, il est possible aux « faisant fonction » d'AMP ou d'AVS de valider l'intégralité du diplôme en VAE car leur pratique sur le terrain aura permis l'acquisition de l'ensemble des compétences requises.

On observe au cours des dix dernières années un déploiement important de ces formations de niveau V. Cette forte évolution est à mettre notamment en lien avec la loi Borloo de juillet 2005 relative au développement des services à la personne. Elle visait à doubler le rythme de croissance du secteur sanitaire et social pour créer 500 000 emplois dans les trois ans. Les objectifs principaux étaient la réduction des coûts et des prix, la simplification de l'accès aux services pour les particuliers et une professionnalisation du secteur garantissant la qualité des services. Elle a été suivie par le plan Wauquiez ou plan 2 des services à la personne en mars 2009.

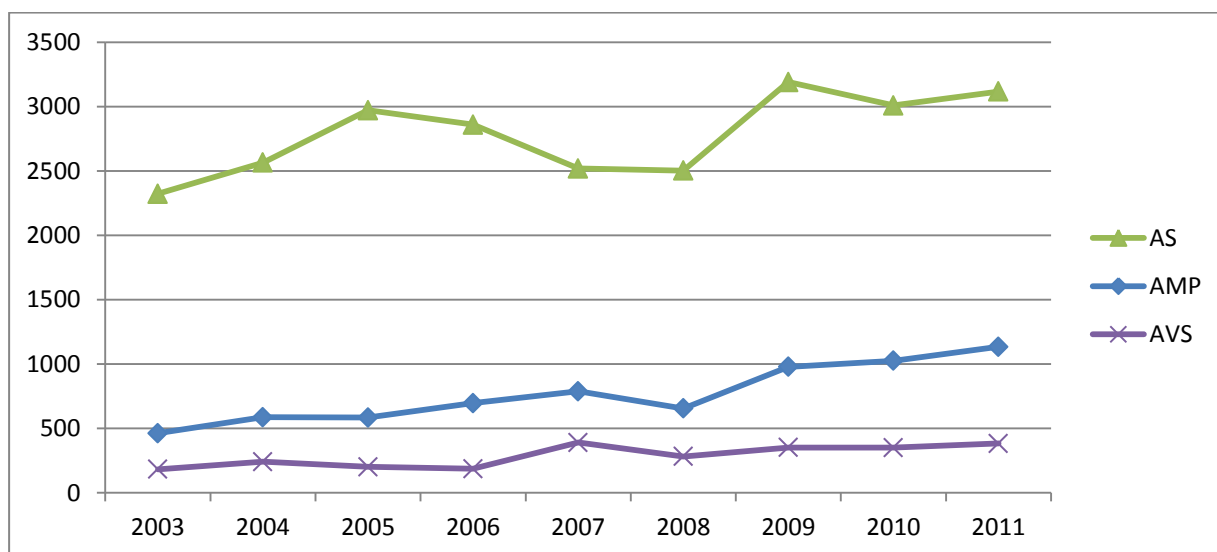
Cette volonté de professionnalisation se traduit, par exemple, par la délivrance d'un agrément qualité par l'Etat. Il permet aux entreprises qui l'obtiennent de bénéficier d'une réduction des charges patronales et de la TVA.

Elles s'engagent alors, notamment, sur le niveau de qualification des équipes et l'accompagnement dans les pratiques professionnelles :

- Actions de sensibilisation aux problématiques de santé au travail (risques professionnels) ;
- Réunions d'informations et d'échanges sur les bonnes pratiques ;
- Respect de la déontologie ;
- Actions de formation permettant une meilleure qualification des salariés et une valorisation des parcours professionnels

Entre 2003 et 2011, les effectifs de diplômés du DEAS ont augmenté de + 54 % (cf. Graphique 2). Les effectifs ont été multipliés par plus de trois en ce qui concerne les diplômés du DEAVS (+ 209 %) et du DEAMP (+ 245 %). Par ailleurs, les ruptures de tendance observées en 2007 et 2008 sur les AS et les AMP peuvent, en partie, s'expliquer par l'instauration de la VAE, qui a capté une partie du public susceptible de s'inscrire en formation continue.

Graphique 2 : Evolution des effectifs de diplômés (hors VAE)



Source : Drees - Enquêtes écoles

Pour les trois diplômes, il s'agit d'un public composé en grande majorité de femmes (comme dans beaucoup de formations du secteur sanitaire et social) : elles représentent en 2012, 88 % des formés au DEAS, 89 % des formés au DEAMP et 95 % des formés au DEAVS.

La moyenne d'âge est de trente ans au DEAS, trente-trois ans au DEAMP et trente-six ans au DEAVS. Cette question d'âge est liée à la notion de parcours professionnel. Ce sont, en effet, des diplômés qui s'inscrivent dans des parcours de professionnalisation (« faisant fonction », évolution professionnelle) ou de retour à l'emploi / reconversion

La richesse de l'Enquête école permet également d'aborder la question de l'origine géographique. Ainsi, 13 % des formés AS, 15 % des formés AMP et 12 % des formés AVS ne résidaient pas en Ile-de-France un an avant leur entrée en formation. Ces taux sont peu élevés puisque, toutes disciplines confondues, 23 % et 22 % des élèves d'une formation sanitaire et d'une formation sociale ne résidaient pas en Ile-de-France, douze mois avant leur inscription dans un organisme de formation francilien.

### 3. Accès aux formations

L'accès aux formations renvoie ainsi à divers types de parcours professionnels<sup>40</sup> : les trois principaux sont :

- La poursuite de la formation initiale ;
- La professionnalisation ;
- Le retour à l'emploi / la reconversion professionnelle.

Le statut des formés, est un élément qui détermine fortement dans quel type de parcours les inscrits se situent (cf. Tableau 19).

Tableau 19 : Type de parcours de formation selon les diplômes

Statut du formé	AS		AMP		AVS	
	2008	2012	2008	2012	2008	2012
Etudiant/élève	<b>48 %</b>	33 %	7 %	12 %	1 %	11 %
Apprenti	2 %	2 %	2 %	3 %	0 %	0 %
Salarié ou Congé Individuel de Formation (CIF)	19 %	16 %	<b>74 %</b>	<b>47 %</b>	9 %	16 %
Agent de la Fonction Publique (titulaire, contractuel ou vacataire) ou Congé de Formation Professionnelle (CFP)	6 %	6 %	6 %	1 %	5 %	1 %
Demandeur d'emploi	25 %	<b>44 %</b>	11 %	37 %	<b>85 %</b>	<b>71 %</b>
Ensemble	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : Drees - Enquête écoles 2008 et 2012

Ainsi le diplôme d'aide-soignant correspondait, il y a peu, principalement à un parcours de « poursuite de la formation initiale ». Il reste encore, parmi les trois diplômes étudiés, celui dont l'accès se fait le plus souvent en formation initiale (50 % des formés en 2008 et 35 % en 2012). Ceci s'explique par le fait que ce diplôme était réservé à la formation initiale jusqu'en 2007. Les élèves en cursus direct poursuivaient leurs études vers un DEAS à la suite, par exemple, d'un BEP Carrières sanitaires et sociales. En 2012, en Ile-de-France, près d'un inscrit sur cinq au DEAS était titulaire d'un BEP Carrières sanitaires et sociales avant son entrée en formation. Le remplacement de ce diplôme, depuis 2011 par le Bac professionnel ASSP (Accompagnement, Soins et Services à la Personne – de niveau IV), pose questions aux organismes de formation et aux employeurs qui

<sup>40</sup> Béatrice Pardini, « Une typologie des parcours de formation dans les filières paramédicales et du travail social en Ile-de-France », Défi métiers, Focale n°18, 2012.

s'interrogent sur le chemin professionnel que vont suivre ces jeunes diplômés. S'orienteront-ils vers des diplômes de niveau V tels que le DEAS et DEAMP plus spécialisés que le Bac professionnel ? Ou chercheront-ils à s'insérer directement sur le marché du travail après l'obtention de celui-ci ? On peut supposer qu'au moins une partie d'entre eux s'orienteront vers des diplômes de niveau V. En effet, avant même l'arrivée des premiers sortants de ce Bac professionnel ASSP, 30 % des inscrits au DEAS étaient titulaires d'un Bac ou d'un autre diplôme de niveau IV et 22 % d'un diplôme de niveau III ou plus<sup>41</sup>. La réponse viendra également des politiques de recrutement des employeurs qui dimensionneront la capacité de ces nouveaux bacheliers à s'insérer sur le marché du travail et dans quelles conditions. Il semble, en effet, qu'à ce jour, ce diplôme n'étant pas répertorié dans les décrets, les employeurs puissent les rémunérer à un niveau inférieur aux titulaires d'un DEAS ou d'un DEAMP.

Aujourd'hui, l'accès au diplôme d'aide-soignant correspond plus souvent à un « retour à l'emploi / reconversion ». Ce type de parcours s'est accentué au cours des cinq dernières années : en 2012, 44 % des formés ont un statut de demandeurs d'emploi (contre 25 % en 2008).

Contrairement au DEAS, le DEAMP était, jusqu'en 2007, non accessible par la formation initiale. Il s'inscrit alors plus souvent dans un parcours de « professionnalisation ». En 2012, 48 % des formés sont des salariés en poste<sup>42</sup>. La diminution de la part des salariés parmi les inscrits au DEAMP (80 % en 2008) s'explique, premièrement, par une baisse de l'engagement des employeurs sur la formation continue certifiante et, deuxièmement, par le renforcement des politiques publiques en faveur des demandeurs d'emploi (la part des demandeurs d'emploi parmi les formés au DEAMP est passée de 11 % à 37 % entre 2008 et 2012).

En effet, les employeurs rencontrés dans le cadre de cette étude ont souvent indiqué qu'ils accompagnaient beaucoup moins qu'il y a cinq ans leurs salariés vers des diplômes d'AS ou AMP pour de multiples raisons :

- Ils ont, à l'époque, professionnalisé les salariés qui faisaient fonction d'AS ou d'AMP. Aujourd'hui, ces « faisant fonction » sont devenus plus rares. Ceux encore présents dans les structures occupent bien leurs fonctions mais ne parviennent pas ou ne souhaitent pas obtenir le diplôme requis ;

---

<sup>41</sup> Source : Enquête école 2012 de la Drees.

<sup>42</sup> Les statuts « salarié ou CIF » et « agents de la fonction publique territoriale ou CFP » correspondent à un statut salarié. CIF : Congé individuel de formation et CFP : congé de formation professionnel



- Il y a cinq ans, l'appareil de formation n'était pas aussi bien dimensionné qu'aujourd'hui et ne répondait pas aux besoins des employeurs qui se voyaient contraints de financer ces formations. Aujourd'hui, la situation a bien évolué, et les employeurs parviennent à trouver, sur le marché du travail, des professionnels diplômés qui correspondent à leurs besoins ;
- Les contraintes budgétaires qui pèsent sur les employeurs constituent également un frein. Ce n'est pas tant le coût de la formation en elle-même qui est souvent bien pris en charge par les OPCA<sup>43</sup> mais davantage le coût d'encadrement des stagiaires et le remplacement des salariés pendant les périodes de stage qui ont lieu en dehors de l'entreprise qui les emploie qui posent problème.

A titre d'exemple, entre 2010 et 2012, le nombre de DEAMP et de DEAS financés par Unifaf a sensiblement diminué : on est passé de 418 à 345 DEAMP financés (- 17 %) et de 156 à 111 DEAS (- 29 %).

Cependant, on constate que le contrat d'apprentissage est peu utilisé (moins de 1 % des salariés inscrits au DEAMP et au DEAS), tandis que le contrat de professionnalisation est davantage mis à profit (45 % des salariés inscrits au DEAMP et 10 % de ceux inscrits au DEAS ont eu recours à un contrat de professionnalisation). Enfin, le Congé Individuel de Formation (CIF) a été mobilisé par plus de la moitié des salariés inscrits au DEAS (et 22 % de ceux inscrits au DEAMP).

Les employeurs privilégient à ce jour, dans le cadre de la formation continue, des formations courtes d'adaptation (prévention des risques professionnels, gestes et soins d'urgence, etc.). Toutefois, dans le secteur des Ehpad, les employeurs, qui peinent davantage à recruter, continuent à former des AVS vers des postes d'AS et d'AMP. Cela leur permet de disposer de professionnels diplômés pour répondre aux obligations légales et de fidéliser les salariés en poste.

Enfin, le parcours qui correspond le mieux au DEAVS est « le retour à l'emploi / la reconversion professionnelle ». Ainsi, en 2012, 71 % des formés sont des demandeurs d'emploi. Leur part a reculé au cours des cinq dernières années (ils représentaient 85 % des formés en 2008). En effet, contrairement aux DEAS et au DEAMP, les employeurs investissent encore dans la formation de leurs salariés non qualifiés au DEAVS.

---

<sup>43</sup> Organisme Paritaire Collecteur Agréé qui collecte les contributions financières des entreprises qui relèvent de son champ d'application dans le cadre du financement de la formation professionnelle continue des salariés.

Ils sont donc, parmi les formés, très nombreux pour le DEAVS et en forte augmentation pour le DEAS et le DEAMP. En effet, ces trois formations sont très attractives car les opportunités d'emploi sont bien identifiées par les prescripteurs. L'objectif pour Pôle emploi, les Missions Locales, ou encore Cap Emploi est d'assurer, au mieux, un rôle d'orientation et d'insertion en faisant preuve d'une forte réactivité face aux fluctuations conjoncturelles de la demande économique. Ils orientent donc les demandeurs d'emploi vers ces formations accessibles sans qualification préalable. En outre, elles permettent l'obtention d'une certification reconnue et ouvrant les portes d'un secteur d'activité en pleine expansion.

Les organismes de formation regrettent toutefois que :

- Le profil des candidats soit souvent éloigné de celui requis pour intégrer ces formations, puis le marché du travail ;
- L'orientation vers les organismes de formation ne se fasse pas en corrélation avec le montage financier de la formation. Nombreux sont les candidats qui s'adressent aux organismes pour s'inscrire au concours d'entrée sans avoir de financements. Et même lorsque la formation est financée, les formés bénéficient rarement de bourses ou d'indemnisations ; ce qui peut les plonger dans une grande précarité. Celle-ci accentue l'absentéisme, entraîne un défaut de concentration, de la fatigue et oblige les formateurs à endosser un rôle d'assistant social ;
- Les critères d'éligibilité à certains financements ne semblent d'ailleurs pas adaptés au profil des personnes souhaitant intégrer lesdites formations. Par exemple, les financements pour la formation initiale sont réservés à des jeunes de moins de 26 ans ayant quitté le système scolaire depuis moins d'un an. Or, comme nous l'avons déjà observé sur ces métiers, le profil type des candidats est celui de personnes étant plus âgées et ayant quitté le système scolaire depuis de nombreuses années.

Il arrive ainsi très fréquemment que, malgré un nombre de candidats potentiels très élevé, les organismes de formation ne parviennent pas à remplir leurs sessions, principalement sur les formations du social. En 2012, sur les 1 910 places ouvertes<sup>44</sup> au

---

<sup>44</sup> Places déclarées ouvertes par les centres de formation dans le cadre de l'Enquête école.

DEAMP, seules 1 354 places (soit 71 %) ont réellement été occupées par un élève ou étudiant.

Par ailleurs, depuis 2001, l'achat de formations par les pouvoirs publics entre dans le champ des marchés publics. Les prestations financées par les acteurs institutionnels ne se font plus dans le cadre de subventions comme cela était le cas auparavant. Certains organismes ont des difficultés à s'adapter à cette nouvelle forme de financement et trouvent les procédures complexes. D'autres, opposés à la compétitivité entre organismes de formation générée par le principe d'appel d'offre, refusent de se positionner.

#### **4. Adéquation des formations avec les besoins des employeurs**

Ces trois diplômes vont être amenés à évoluer dans un avenir proche. Dans le domaine sanitaire, une redéfinition du contour du diplôme d'aide-soignant est en cours de réflexion, afin de faire évoluer le champ des compétences des AS et d'améliorer l'articulation avec celui des infirmiers.

Dans le domaine social, une réflexion s'est engagée autour d'une potentielle fusion des diplômes d'AMP et d'AVS, afin de ne plus avoir un diplôme orienté vers le travail en institution et un autre vers le travail à domicile. En effet, leurs référentiels sont très proches, et un regroupement permettrait de rationaliser leur organisation et de favoriser les parcours professionnels en ouvrant des passerelles entre le travail en institution et à domicile.

Les entretiens avec les responsables des organismes de formation et les employeurs nous ont permis de recueillir leur jugement sur les diplômes tels qu'ils sont actuellement organisés, ainsi que sur les évolutions à venir.

Globalement, les professionnels pensent que la réforme de 2005 a eu pour conséquence une élévation du niveau de ces diplômes et a entraîné une diminution des taux de réussite. Cela est dû en partie au fait que les différents domaines d'apprentissage sont totalement indépendants les uns des autres quant à leur validation. Aucun système de compensation ne permet l'obtention du diplôme lorsque la moyenne n'est pas obtenue dans un domaine. Et cela, même si les résultats aux autres domaines pourraient le permettre, comme cela était le cas auparavant.

En ce qui concerne plus précisément le DEAS, se pose la question des stages : il semble que les hôpitaux, sollicités pour de nombreuses formations, manquent de places et de

tuteurs disponibles pour recevoir toutes les demandes. Cette problématique est particulièrement vraie pour les organismes de formation qui ne sont pas, comme les IFAS ou IFSI<sup>45</sup>, directement rattachés à un centre hospitalier.

Les employeurs, de leur point de vue, font deux reproches majeurs à la formation dispensée aux aides-soignants :

- Beaucoup pensent que le DEAS est très orienté sur le soin hospitalier (forte technicité des gestes de soin) et qu'il est ainsi moins adapté au domaine du handicap ou des personnes âgées. « *La formation est mieux adaptée à l'hôpital et moins à un lieu de vie* », selon un Responsable d'une formation d'AS à Paris ;
- Certains regrettent aussi que le module « ergonomie » n'inclue pas toujours l'apprentissage des aides mécaniques. En effet, tous les établissements ne bénéficient pas de locaux suffisamment vastes pour permettre d'installer, dans une salle particulière, des lits médicalisés, des lève-personnes sur rails, des verticalisateurs, etc. La formation est alors surtout théorique, et repose sur un matériel pédagogique constitué de vidéos.

Dans les institutions, ils notent, par ailleurs, une transformation des besoins en compétences liée aux évolutions des populations hébergées. De nouveaux besoins mériteraient d'être abordés au cours de la formation :

- Dans les Ehpad, l'arrivée de personnes de plus en plus avancées en âge et dont l'espérance de vie en institution se raccourcit, conduit les professionnels à devoir gérer de plus en plus de personnes atteintes de polyopathologies, de maladies liées à la démence sénile (type Alzheimer) et à renforcer le travail sur le deuil avec les résidents et les familles.
- En institut pour personnes atteintes de handicap, le net allongement de l'espérance de vie a fait apparaître des troubles liés au vieillissement associés aux pathologies déjà existantes.

Les formations, étant validées par un diplôme d'Etat, sont bordées par des référentiels de compétences fixés par un cadre national. Cela ne permet pas aux organismes de réajuster le contenu des formations pour essayer d'être davantage en adéquation avec

---

<sup>45</sup> Les IFSI (Institut de Formations en Soins Infirmiers) et les IFAS (Instituts de Formation d'Aides-Soignants) sont rattachés à un ou plusieurs centres hospitaliers.

les besoins et les attentes des employeurs. D'autant plus que les programmes sont déjà très chargés.

En ce qui concerne le rapprochement des diplômes d'AMP et d'AVS, les avis sont partagés :

- Certains craignent que la création d'un diplôme à partir de deux autres existants aboutisse à un diplôme surchargé, alors même qu'il s'agit, au départ, de formations de niveau V (il n'est pas envisagé que le nouveau diplôme soit de niveau IV) ;
- D'autres considèrent que cette réforme peut être bénéfique si le diplôme est construit avec un système d'options « à domicile » et « en institution » ;
- Enfin, certains regrettent que la discussion n'intègre pas le DEAS (qui ne dépend pas du même Ministère). Un unique diplôme pourrait être réfléchi. En plus des spécialités « à domicile » et « en institution », il offrirait également la possibilité d'une option « en milieu hospitalier ».

Il semble que l'insertion professionnelle des diplômés ne pose pas de difficulté majeure. Elle est, dans la plupart des cas, rapide, mais dépend en majorité de la stratégie choisie par le diplômé. En effet, certains cherchent un CDD ou des remplacements dans une logique d'expérimentation et de construction de leur projet professionnel, d'autres prennent un temps de repos avant de débiter leur recherche d'emploi, d'autres, enfin, en difficulté financière, recherchent très vite un poste et acceptent même s'il ne s'agit pas du domaine qu'ils privilégiaient.

## Conclusion

### 1. Enjeux

A nombre constant de postes existants d'aides-soignants, d'aides médico-psychologiques et d'auxiliaires de vie sociale, les seuls domaines qui semblent pâtir de difficultés de recrutement sont donc ceux de l'aide à domicile et de l'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Ces contraintes sont davantage à mettre en lien avec une non-attractivité du secteur de la gériatrie, qu'avec un manque de professionnels diplômés. Il semble en effet, qu'à ce jour, les effectifs de formés soient suffisants. Et cela grâce à l'importante évolution observée au cours des dernières années, du fait, aussi bien de la formation continue (des salariés et des demandeurs d'emploi) que de la formation initiale : en huit ans, les effectifs d'AS diplômés ont augmenté de 50 %, ceux d'AMP et d'AVS ont été multipliés par plus de trois.

Actuellement, les effectifs de professionnels diplômés répondent correctement aux besoins des employeurs qui œuvrent dans le domaine hospitalier et celui du handicap. La situation est plus complexe pour les Ehpad et l'aide à domicile qui rencontrent certaines difficultés lors des recrutements, du fait de leur moins bonne attractivité. Mais la situation risque d'évoluer rapidement. Les financeurs de la formation initiale et continue (Etat, Conseil régional d'Ile-de-France, Europe et employeurs) devront poursuivre leurs efforts pour maintenir des volumes de professionnels diplômés suffisants. En effet, toutes les prévisions semblent s'accorder sur le fait que les emplois dans ce domaine devraient, en lien avec les besoins et les départs en retraite des salariés actuellement en poste, fortement s'accroître au cours des années à venir.

Pourtant les indicateurs de développement de l'emploi montrent un ralentissement de l'activité dans les domaines où sont attendues les plus fortes évolutions. Ainsi, en Ile-de-France, le nombre de lits en Ehpad a augmenté de 7 000 lits par an entre 2003 et 2008 et de moins de 2 000 lits par an entre 2008 et 2012. Les résultats de l'Enquête panel réalisée en 2011 par la branche associative de l'aide à domicile indiquent, sur la question du recrutement dans les deux ans à venir, des prévisions légèrement à la baisse. De même, après une forte augmentation, entre 2000 et 2007, du nombre d'heures travaillées dans les services à la personne, on observe un ralentissement de la croissance depuis 2008, voire une baisse depuis 2010<sup>46</sup> liée aux contraintes budgétaires.

---

<sup>46</sup> Hélène Garnier, Frédéric Lainé, « Service à la personne : constats et enjeux », Commissariat général à la stratégie et à la prospective, 2013.

En effet, les créations d'emplois sont contraintes par de nombreux facteurs :

- Les moyens financiers mis en œuvre pour développer l'offre d'accompagnement ou d'hébergement, notamment à destination des personnes âgées dépendantes, constituent un des principaux facteurs. En effet, que ce soit de manière directe (dotations globales, aides pour la modernisation des équipements, la formation des salariés, etc.) ou indirecte (APA, PCH<sup>47</sup>, etc.), le fonctionnement des structures dépend fortement des financements publics. Or, la rationalisation budgétaire peut laisser craindre que le niveau d'emploi jugé nécessaire pour répondre aux besoins de la population vieillissante ne puisse être atteint ;
- La baisse du pouvoir d'achat des ménages peut elle aussi contraindre l'évolution des emplois. En effet, que ce soit dans l'usage des services d'aide à domicile ou des hébergements spécialisés, et même si une partie de la solvabilité est assurée par les pouvoirs publics, la question du reste à charge pour les bénéficiaires se pose ;
- La pénurie de professionnels encadrants ces métiers (infirmiers) présente également un frein majeur aux créations d'emploi. Ce défaut d'effectifs encadrants contraint l'accroissement des équipes, d'autant plus que, fortement réglementé en termes de diplômes, ce métier ne dispose pas d'équivalent pouvant occuper les fonctions (comme c'est le cas pour des diplômés de niveau V dont la palette est plus large) ;
- Enfin, l'attractivité du secteur gériatrique revêt un caractère bloquant. La création d'emplois supplémentaires sera effective seulement s'ils parviennent à être pourvus. Or, à ce jour, alors que peu de tensions existent globalement, ces secteurs peinent à recruter.

Malgré ces contraintes et le ralentissement de l'activité observé, l'évolution du nombre d'emplois est assurée. L'ARS confirme ainsi que les budgets des années à venir seront au moins au même niveau que ceux de 2007. Ainsi, il reste une incertitude sur l'ampleur de cette évolution et la façon dont les nombreux sortants du bac professionnel ASSP vont répondre à ces nouveaux besoins.

---

<sup>47</sup> La Prestation de Compensation pour les personnes Handicapées est également versée par les Conseils généraux. Elle est destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées.

Outre l'accroissement quantitatif des effectifs salariés nécessaires, nous assistons à une mutation des besoins des usagers, en raison notamment :

- Du vieillissement des personnes atteintes d'un handicap. Ce phénomène est le résultat à la fois des progrès de la médecine et de la spécialisation de l'accompagnement des publics. Il en découle l'apparition de troubles associés aux pathologies déjà existantes qui nécessitent la présence d'aides-soignants dans les établissements spécialisés dans l'hébergement d'adultes atteints d'un handicap.
- Les besoins évoluent également en lien avec la réduction des temps de séjour à l'hôpital (résultat de la mise en place de la tarification à l'activité dans les établissements de santé) et la transformation des USLD<sup>48</sup> en Ehpad. Ces mutations entraînent quant à elles un redéploiement des aides-soignants du milieu hospitalier vers ces structures.
- La politique de maintien à domicile oriente enfin les professionnels vers le secteur de l'aide à domicile. En ce qui concerne les personnes âgées, leur maintien le plus longtemps possible à leur domicile entraînera également des besoins croissants d'aides-soignants. En ce qui concerne les personnes atteintes d'un handicap, la branche associative de l'aide, de l'accompagnement, des soins et des services à domicile a pu constater en 2010 et 2011 que les employeurs se positionnent de plus en plus dans le secteur du handicap<sup>49</sup>, et pourront être amenés à recruter d'avantage d'AMP.

Ainsi, que les évolutions soient de nature quantitative ou qualitative, ce sont principalement les secteurs de l'aide à domicile et de l'hébergement pour personnes âgées dépendantes qui seront impactés.

## 2. Pistes de réflexion

Le financement de la création de postes supplémentaires d'aides-soignants, d'aides médico-psychologiques et d'auxiliaires de vie sociale dépendra donc en premier lieu de la volonté politique des financeurs publics.

---

<sup>48</sup> Unités de Soins Longues Durées. Ce sont des établissements sanitaires destinés à l'hébergement des personnes âgées ayant perdu leur autonomie et dont l'état nécessite une surveillance et des soins médicaux constants.

<sup>49</sup> Jean-Christophe Delval, « Aide à domicile : Enquête panel 2011, rapport national », Observatoire de la branche de l'aide à domicile, 2012.



Afin que les postes effectivement créés soient pourvus, un redimensionnement de l'appareil de formation sera nécessaire, et devra être complété par des mesures visant à améliorer l'attractivité de ces métiers.

### Accroître le nombre de places en formation

Etant donné le fort développement des secteurs de l'aide à domicile et des Ehpad, un accroissement du nombre de places en formation sera nécessaire principalement sur le nouveau diplôme issu de la fusion des DEAMP et DEAVS. Les diplômés pourront, en effet, être mobilisés sur ces deux domaines d'activité. Toutefois, la concurrence avec les titulaires du Bac professionnel ASSP constitue la plus grande incertitude. Issus d'une promotion de 3 900 élèves, les premiers bacheliers seront diplômés en juin 2014. Nous n'avons, pour le moment, aucune visibilité des voies qu'ils emprunteront : orientation vers une formation de niveau V davantage spécialisée sur un domaine (diplômes d'état d'aide médico-psychologique, d'aide-soignant, d'auxiliaires de puériculture ...), poursuite sur une formation de niveau III ou insertion sur le marché du travail ? Quant au diplôme d'aide-soignant, il existe une forte incertitude sur les orientations qui lui seront données et sur son positionnement vis-à-vis des autres professionnels (infirmiers, AMP et AVS, mais également les ASH<sup>50</sup> ou les sortants du nouveau Bac professionnel ASSP). Cela ne permet pas d'envisager clairement quels seront les comportements des employeurs face aux besoins croissants en termes de soin. Toutefois, il semble que les aides-soignants seront également appelés à travailler de plus en plus en Ehpad, à domicile et dans les établissements pour personnes atteintes de handicap, et moins souvent en milieu hospitalier. Il serait ainsi peut-être nécessaire de profiter de la réforme engagée pour mieux souligner cette distinction entre l'exercice en milieu hospitalier et dans les autres domaines d'activité (par l'introduction de spécialités par exemple).

### Améliorer l'accès aux dispositifs de financement de la formation

En ce qui concerne le financement de places en formation, il faudra principalement compter sur le Conseil régional d'Île-de-France et sur Pôle emploi (en raison de la part croissante des demandeurs d'emploi orientés sur ces diplômes). Mais, afin que les places en formation puissent être totalement mobilisées, il sera nécessaire d'améliorer la lisibilité des financements potentiels, de mieux accompagner les organismes de formation sur le système des appels d'offre et de réviser certains critères d'éligibilité aux dispositifs de financements de la formation (âge, sortie du système scolaire, etc.).

---

<sup>50</sup> Assistants de Soins Hospitaliers.

Par ailleurs, afin d'être en meilleure adéquation avec une volonté de promotion sociale partagée par les pouvoirs publics, les organismes de formation et les employeurs, il semble indispensable d'améliorer le financement des parcours d'accès en amont de la formation certifiante et notamment celui des formations pré-qualifiantes. L'accès aux savoirs de base permettrait à un plus grand nombre de candidats, et particulièrement aux demandeurs d'emploi, d'intégrer ces formations de niveau V puis les emplois qu'elles alimentent.

Par ailleurs, la VAE peut paraître comme un outil opportun. Les domaines de compétences sont modularisés, ce qui permet, si ce n'est une validation totale, au moins une validation partielle du diplôme. Toutefois, cette dernière, suivie d'une formation en cursus réduit peut parfois poser des difficultés. *« Quand les inscrits ont déjà un titre ADVF ou un DEAVS, ils ne suivent pas le premier module de la formation d'AS, et ne font donc pas le premier stage qui aborde les fondamentaux de la démarche de soin. Ils prennent le train en marche et se trouvent en difficulté lors de la mise en situation sur le module trois »*, selon un Responsable d'une formation d'AS à Paris. Pour les salariés, elle permet de faire reconnaître l'expérience acquise sur le terrain, et pour certains, de bénéficier, d'une promotion ou d'une augmentation de salaire. Pour les employeurs, la VAE peut être intégrée dans les outils de gestion des ressources humaines, permettre la montée en compétences et en qualification de l'établissement et constituer un levier d'attractivité ou de fidélisation.

Le renforcement de la VAE doit passer par une information massive auprès des salariés et des employeurs, par la mise en place d'un accompagnement du candidat au sein de la structure qui l'emploie, et par une amélioration dans la constitution des jurys (en termes d'effectifs mais également de formation des jurys).

Afin de faciliter les recrutements à venir, il semble nécessaire à la fois d'améliorer l'orientation vers ces filières, de renforcer l'attractivité des secteurs d'activité et de réduire le turnover afin de ne pas multiplier les procédures de recrutement.

### Améliorer l'orientation des jeunes et des demandeurs d'emploi

Cette piste a pour objectif de simplifier et de limiter en nombre les procédures de recrutement en faisant en sorte que les candidatures soient mieux adaptées au profil recherché (motivation, maturité, ...). Elle a également pour objectif d'éviter une déperdition entre les diplômés et la main d'œuvre disponible, réduisant ainsi le turnover.

Un travail collaboratif entre les employeurs (via les fédérations et branches professionnelles) et les organismes de formation permettraient de mieux informer les acteurs de l'AIO (CIO, CIDJ, etc.) et les prescripteurs de formation (Missions Locales, Pôle emploi, Cap Emploi, etc.) sur les métiers et les profils recherchés.

### Améliorer l'attractivité des métiers et de certains secteurs

Il s'agit, avant tout, de mieux faire connaître les métiers pour le moment encore méconnus du grand public et des jeunes. La communication pourrait se faire par des interventions dans les collèges et lycées, ou en renouvelant, par exemple, une campagne nationale de valorisation des métiers de la santé et du social.

Une des actions majeures consisterait en la promotion des métiers du grand âge. Elle pourrait être portée par :

- Les employeurs via l'organisation de portes ouvertes, ou la participation à des forums ;
- Les organismes de formation en systématisant les stages dans les Ehpad et l'aide à domicile ;
- Les branches professionnelles en organisant des actions de communication visant à valoriser ces métiers (technicité des actes, autonomie, travail en équipe pluridisciplinaire, utilité sociale, etc.) ;
- Les pouvoirs publics en soutenant la promotion d'une culture de la solidarité trans-générationnelle.

Afin de renforcer le lien intergénérationnel, il semble également nécessaire, entre autres, de multiplier les projets de partenariats entre lieux d'accueil pour la jeunesse (écoles maternelles, école primaires, centres de loisirs, centres sociaux, etc.) et lieux d'accueil pour les personnes âgées (associations, maisons de retraite, etc.).

### Améliorer les conditions de travail

Pour renforcer l'attractivité des métiers, il serait également nécessaire d'améliorer les conditions de travail par des actions visant à réduire la pénibilité des emplois, favoriser les mobilités professionnelles, réduire les risques d'usure, prévenir les maladies professionnelles ou encore faciliter la conciliation entre vie professionnelle et personnelle (accès à un service de garde d'enfants, aménagements d'horaires, accès aux logements, etc.).

### Fidéliser les stagiaires et salariés en poste

Enfin, comme cela a pu être constaté dans les pratiques de recrutement des employeurs, les stagiaires constituent un vivier de professionnels diplômés ayant pu démontrer leurs compétences sur le terrain.

Il est donc nécessaire pour les employeurs, notamment ceux qui attirent moins spontanément les jeunes diplômés, d'améliorer l'encadrement des stagiaires et ainsi les fidéliser ; ceci afin qu'ils ne vivent pas cette expérience en ayant le sentiment d'être considérés comme une main d'œuvre d'ajustement.

En ce qui concerne les salariés déjà en poste, les mesures de fidélisation mises en œuvre par les employeurs visent la plupart du temps à réduire les risques d'usure physique et psychologique, à associer les salariés au projet d'établissement, ou encore à proposer de véritables trajectoires professionnelles.

La mise en place de groupes d'échanges de pratiques peut, par ailleurs, favoriser l'émergence de pratiques innovantes. Enfin, dans ce cadre, la constitution de réseaux d'employeurs pourrait faciliter les mutations externes et la mutualisation de moyens entre structures.

## Bibliographie

Agence nationale des services à la personne, « Créer, Professionnaliser, Simplifier. Plan 2 de développement des services à la personne », 2009.

Bernard BAZILLON, Irène SCOLAN, Maud LE BOLLOCH, « Observatoire des EHPAD », KPMG, 2013.

Cécile BAZIN, Henitsoa RAHARIMANANA, Alexis GYONVARCH, Jacques MALET, « L'emploi d'aide à domicile. Enjeux économiques », Recherches et Solidarités, UNIOPSS, CNAR, 2011.

Morad BEN MEZIAN, « Les créations d'emploi en Ile-de-France à l'horizon 2030. L'impact important du Grand Paris », Défi métiers, Focale n°21, 2013.

Isabelle BENOITEAU, Yohan BAILLIEUL, Gaëlle CHAILLOT, « Les services à la personne, davantage sollicités dans les zones rurales et âgées », Dares Analyses n°50, 2013.

Camille BONAÏTI, « Le parcours des candidats à la validation par les acquis de l'expérience des titres et diplômes de niveau V : mieux vaut être accompagné et diplômé pour réussir », Dares, Premières synthèses n°34.2, 2008.

CESER, « La dépendance des personnes âgées en Ile-de-France », 2011.

Conseil général du Val-de-Marne, « 3<sup>ème</sup> Schéma départemental en faveur des personnes âgées, 2013-2017 », 2013.

Conseil général du Val d'Oise, « Schéma départemental en faveur des personnes âgées, 2012-2015 », 2012.

CNSA, « Les chiffres clés 2013 de l'aide à l'autonomie », 2013.

Myriam DALBARADE, « L'offre en EHPAD et en EHPA en Ile-de-France en 2009 », ORS Ile-de-France, 2010.

Jeanne-Marie DAUSSIN, Saskia KESKPEIK, Thierry ROCHER, « L'évolution du nombre d'élèves en difficulté face à l'écrit depuis une dizaine d'années », Depp, 2011.

Jean-Christophe DELVAL, « Aide à domicile : Enquête panels 2011, rapport national », Observatoire de la Branche de l'Aide à Domicile, 2012.

DHOS, « Etude prospective des métiers de la fonction publique hospitalière », Observatoire national de l'emploi et des métiers de la FHP, 2007.

Sylvaine DRIEUX, « Dépendance des personnes âgées en Ile-de-France : un tiers d'emplois supplémentaires d'ici 2020 », Insee Ile-de-France à la page n°393, 2012.

Bernard ENNUYER, « 1962-2007 : regards sur les politiques du maintien à domicile », CAIRN.INFO.

Hélène GARNER, Frédéric LAINE, « Service à la personne : constats et enjeux », Commissariat général à la stratégie et à la prospective, 2013.

Nathalie GOYAUX, « Le domaine sanitaire et social en Ile-de-France : un portrait du secteur et des professions », GIP CARIF Ile-de-France, Focale n°14, 2011.

Nathalie GOYAUX, « Le domaine sanitaire et social en Ile-de-France : un portrait de l'emploi et de la formation des aides-soignants et des aides médico-psychologiques », GIP CARIF Ile-de-France, Focale n°15, 2011.

IAU, Oref Ile-de-France, « Regards croisés sur les métiers et formations du secteur sanitaire et social en Ile-de-France », Note rapide n°424, 2007.

Mélanie JULLIAN, « Comprendre et prévenir l'épuisement professionnel des soignants », Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2007.

Aude LECROART, « Projections du nombre de bénéficiaires de l'APA en France à l'horizon 2040-2060 », Drees, 2011.

Jean-Noël LESELLIER, « Les services à la personne. Comment ça marche », 2008.

Florence de MARIA, Philippe PEPIN, Alain LAPLACE, Sandrine COURTOIS, Isabelle GREMY, « Les Franciliens âgés en perte d'autonomie : états des lieux et perspectives », ORS Ile-de-France, 2009.

Rémy MARQUIER, « Une décennie d'aide sociale des départements aux personnes âgées dépendantes (2001-2010) », Drees, Dossiers solidarité et santé n°39, 2013.

L'Observatoire prospectif des qualifications et métiers de la Branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée, à but non lucratif, « La filière éducative dans la branche », 2011.

L'Observatoire prospectif des qualifications et métiers de la Branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée, à but non lucratif, et Unifaf, « Etre AMP en Poitou-Charentes,

Mieux comprendre les logiques d'emploi et les trajectoires des AMP », Synthèse d'étude régionale, 2012.

L'Observatoire prospectif des qualifications et métiers de la Branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée, à but non lucratif, « Le vieillissement des personnes en situation de handicap, Quel impact sur l'accompagnement et les métiers ? », 2012.

L'Observatoire prospectif des qualifications et métiers de la Branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée, à but non lucratif, et Unifaf, « Accompagner l'évolution des compétences dans le secteur sanitaire en Ile-de-France », Synthèse d'étude régionale, 2013.

L'Observatoire prospectif des qualifications et métiers de la Branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée, à but non lucratif, et Unifaf, « Enquête Emploi 2012, Résultats et enseignements », 2013.

Salah OULD YOUNES, « Les services à la personne en 2011 : une baisse globale de l'activité et de l'emploi », Dares Analyses n°025, 2013.

Jacqueline PERRIN-HAYNES, « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Activité, personnel et clientèle au 31 décembre 2007 », Drees, 2010.

Melina RAMOS-GORAND, « Accessibilité de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées : enjeux territoriaux », Drees, Dossiers solidarité et santé n°36, 2013.

Stéphanie REGAT, Lucette BARTHELEMY, Emmanuelle HAMEL, « Etat des lieux des formations continues pour les aides à domicile dans le champ de la protection de l'autonomie des personnes âgées », Inpes, 2012.

Béatrice PARDINI, « Une typologie des parcours de formation dans les filières paramédicales et du travail social en Ile-de-France », Défi métiers, Focale n°18, 2012.

Laurent VACHEY, Frédéric VARNIER, Agnès JEANNET, Anne AUBURTIN, « Etablissements et services pour personnes handicapées. Offre et besoins, modalités de financement », IGF et IGAS, 2012.

La présente publication a été réalisée par Défi métiers, le carif-oref francilien,  
dans le cadre de la mission OREF.

Défi métiers ■ 16, avenue Jean Moulin ■ 75014 PARIS ■ Tél. 01 56 53 32 32 ■ [www.defi-metiers.fr](http://www.defi-metiers.fr)  
Siret 187 512 637 00013 - APE 751 C

Conception : Défi métiers  
ISBN : 978-2-9541247-0-4

