

En 2006 à Toulouse, lors des 1^{ères} Assises des formations sanitaires et sociales, les débats s'étaient portés sur la décentralisation. Trois ans plus tard, le 31 mars dernier à Dijon, les Régions ont intégré les FFS dans leurs PRDF et exercent pleinement ces compétences. Nombre d'entre elles ont développé des initiatives originales, mais certains points restent sujets à débat.



3^{es} Assises des formations sanitaires et sociales

Formations sanitaires et sociales : "Unité de vue et unité d'action entre les Régions"

C'est le constat dressé par Guy Férez, vice-président du Conseil régional de Bourgogne, lors de son allocution d'ouverture des 3^{es} Assises des formations sanitaires et sociales (FSS), sans oublier cependant les spécificités régionales et territoriales. Cette manifestation organisée par le Conseil régional de Bourgogne à la demande de l'Association des Régions de France (ARF) a réuni plus de 450 participants le 31 mars à Dijon.

Les Régions ont su bâtir très rapidement des dispositifs de formations sanitaires et sociales", déclare Guy Férez, avant d'ajouter : "Au-delà des débats réguliers sur la décentralisation et les transferts de charges qu'elle induit sur l'ensemble de notre territoire, nous pouvons dégager une unité de vue et d'action entre les Régions, mais aussi des regards différenciés sur les formations sanitaires et sociales et les métiers y afférents. L'unité de vue renvoie à l'évolution de notre société, marquée par le vieillissement de sa population, la dépendance et l'évolution de maladies s'inscrivant durablement dans la vie de nos concitoyens. De plus, la précarisation s'étend. Cette unité de vue doit nous conduire à une unité d'action, mais aussi de pratiques."

Par-delà cette unité de vue, des approches différenciées lui paraissent indispensables. Et de rappeler que "traditionnellement, les malades sont au Nord et les médecins, au Sud". "Quelles conclusions pouvons-nous en tirer, élus et praticiens de la vie sanitaire et sociale ? Simplement, les formations

et professions sanitaires et sociales suivent les **inégalités territoriales**. Toute décision qui conduirait à forcer le trait en matière d'unité de vue obèrerait la nécessité d'une unité, d'une égalité d'accès aux fonctions et aux formations sanitaires et sociales. Les réponses ne sont pas évidentes : comment fixer des fonctions, des salariés, des praticiens libéraux sur un territoire qui n'est pas forcément attractif d'emblée ? Il revient aux Régions de rechercher des solutions en la matière." Il constate "qu'aujourd'hui, la Région est reconnue comme l'actrice pivot pour organiser la formation sanitaire et sociale. Elle **fedère les partenaires** du secteur. Cela laisse la place à un véritable projet politique en la matière". Il se réjouit que les Régions aient assumé une "certaine prise de risques". Et il cite en exemple l'accès aux formations sanitaires et sociales pour le niveau V : "Le risque était calculé, mais le pari a été réussi, car il était en correspondance avec les besoins de nos territoires."

S'agissant justement du lien avec ces territoires, il conviendrait, estime-t-il,

de "réunir un certain nombre de compétences et d'outils de formation dans chaque bassin d'emploi". Mais il pense qu'au contraire, "l'on ne peut réussir à mailler un territoire que si l'on bâtit un réseau".

En clôture de la journée, il relève que "tout au long de ces Assises, une **carte des métiers de la solidarité** s'est progressivement dessinée, qui procède à la fois d'une vision technique et politique. Dans le temps de crise que nous vivons, des besoins se sont révélés. Ils sont très larges : ils tiennent au lien, à la cohésion sociale. Si notre pays résiste mieux que d'autres à la crise, c'est parce qu'il a développé des filets protecteurs. Ceux-ci ont cependant besoin d'être revisités, tirés vers le haut".

Trois tables rondes animées par Maryline Gesbert, responsable du service Observatoire-Études, et Régis Roussel, responsable de la mission Régions du Centre Inffo, ont rythmé cette manifestation, réunissant un grand nombre d'acteurs du secteur pour aborder toutes les problématiques qui le traversent aujourd'hui. ■

Formations sanitaires et sociales : satisfecit aux Régions, pour Louis Dubouchet

C'est un satisfecit que Louis Dubouchet, consultant, a délivré aux Régions pour leur action dans le domaine des formations sanitaires, après avoir analysé les caractéristiques, les évolutions et les résultats des politiques régionales dans ce domaine.

Analyse et évolutions du secteur

Le champ sanitaire et social constitue un enjeu politique et économique très puissant : 10 % de la population bénéficient de l'offre de services sanitaires et sociaux, qui représentent 9 à 10 % des emplois régionaux, donc non délocalisables. Il existe donc une proximité entre la formation, la professionnalisation et les politiques publiques en la matière. Ce champ s'inscrit dans un contexte particulièrement complexe, marqué par les figures emblématiques des "professions libérales", pour le volet

sanitaire, et de "l'assistantat" et de "l'accompagnement", pour le volet social. Il mobilise une très grande diversité d'acteurs : les départements et communes pour le social, l'État et les partenaires sociaux pour le sanitaire. Aujourd'hui, les politiques sociales et les politiques sanitaires apparaissent de moins en moins distinctes et étanches. Mais ce contexte, en plus d'être complexe, s'avère également en perpétuel mouvement. Les compétences des personnels paramédicaux tendent à s'accroître : les infirmières effectuent de plus en plus de tâches qui étaient auparavant exclusivement dévolues aux médecins et les aides-soignantes, des tâches d'infirmières. La demande d'accompagnement à domicile explose également et prend le pas sur l'assistantat. La formation professionnelle elle-même est en cours de réforme et le transfert aux Régions de nouvelles compétences relatives à des publics en difficulté est envisagé.

Évolutions des politiques régionales

En 2004-2005, les Régions ont dû répondre dans l'urgence, discuter avec l'État du montant des compensations, et tenter de résoudre l'enchevêtrement des formations initiales et continues. En 2006-2007, elles sont entrées dans une phase de connaissance, de compréhension et de construction. Après la réalisation de diagnostics, les Régions ont su rendre visibles les coûts réels des formations sanitaires. Par ailleurs, elles ont pris l'habitude de s'adresser directement aux responsables de centres de formation, afin de leur demander de prendre une réelle posture de gestionnaires. Dans le secteur social, un important effort de clarification de la nomenclature des métiers a été réalisé. Enfin, la question du manque de terrains de stages s'est posée, surtout dans le secteur sanitaire.

En capitalisant les savoir-faire acquis avec les PRDF et les partenariats régionaux, les Régions ont acquis une réelle compétence, *stricto sensu*, dans le domaine des formations sanitaires et sociales, qu'elles ont croisées et articulées avec l'aménagement du territoire, et avec la question, plus large, du développement économique.

Depuis 2006, les schémas sanitaires et sociaux régionaux, reliés aux PRDF, se sont développés : 3 ont été signés en 2006 ; 13 en 2007 ; 6 en 2008 ; 1 a été conclu et 3 sont en cours pour 2009. Leur élaboration s'est faite dans la concertation, en particulier en y associant étroitement les partenaires sociaux et en lien avec l'État. Aujourd'hui, l'ensemble des acteurs reconnaît aux Régions une légitimité pleine et entière en matière d'organisation de ces schémas.

Résultats

Où en est-on aujourd'hui ? Le bilan est particulièrement riche, estime Louis Dubouchet : gratuité des formations de niveau V et, bientôt, de niveau IV ; alignement des bourses d'infirmières sur les bourses universitaires ; lien entre les terrains de stages et les besoins d'aménagement du territoire ; révision des quotas ; développement de la VAE ; création de formations ou d'instituts supplémentaires ; réduction du taux d'abandon.

Que reste-t-il à faire ? Il convient tout d'abord de veiller au maintien des acquis, et de continuer à traiter les insuffisances. Parmi celles-ci, se distinguent le lien entre la planification et la formation scolaire initiale et un rééquilibrage des niveaux de formation initiale.

En conclusion, Louis Dubouchet souligne que "les formations sanitaires et sociales ne sont pas confinées dans une fonction d'amortisseur social. Au contraire, elles font office d'ascenseur social, de voie d'insertion pour de nombreuses personnes". ■

Égalité d'accès aux formations sanitaires et sociales ?

Qu'en est-il sur ce point ? La réponse est sans conteste positive pour Maryse Arditi¹ : "Depuis la régionalisation, l'égalité d'accès est bien meilleure", affirme-t-elle. Elle poursuit : "Les Conseils régionaux ont eu le souci d'assurer une égalité de traitement de leurs concitoyens. Par leur proximité, ils ont pu apporter des réponses adaptées à la réalité de leurs différentes aires territoriales. Adaptabilité et expérimentation me paraissent être les maîtres-mots en la matière." En écho, Emmanuèle Jeandet-Mengual² annonce que sa Région est parvenue à "financer convenablement les bourses et à constituer un budget correspondant aux besoins des étudiants". À ceci, s'ajoute une harmonisation des aides aux étudiants et des conditions d'accès aux écoles (tarifs de scolarité, etc.). "Globalement, les conditions d'équité et d'égalité se sont donc améliorées", affirme-t-elle.

Enfin, pour Emmanuelle Quillet³, "il existe un cadrage national des diplômes, mais la régionalisation a permis de mettre en place et de développer des aides pour les personnes intéressées par des formations sanitaires et sociales".

1. Maryse Arditi est vice-présidente du Conseil régional du Languedoc-Roussillon, en charge de la formation continue, de la formation des adultes et de l'Afpa.

2. Emmanuèle Jeandet-Mengual est conseillère régionale de Haute-Normandie.

3. Emmanuelle Quillet est sous-directrice des ressources humaines du système de santé à la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Dhos) au ministère de la Santé.

Atouts et difficultés de la décentralisation des FFS

Beaucoup d'intervenants ont présenté les avantages résultant de la régionalisation, sans pour autant taire les difficultés rencontrées.

Maryse Arditi (Conseil régional de Languedoc-Roussillon), explique que sa Région, *"comme les autres, a mené de front le PRDF et le schéma des FFS, qui est d'ailleurs le seul schéma sectoriel"*. À ses yeux, territorialiser le schéma des FFS comme celui du PRDF n'aurait eu aucun sens. *"Celui-ci en revanche, précise-t-elle, a plutôt été départementalisé, les Conseils généraux étant des acteurs forts en la matière. De plus, nous avons pu inclure les acteurs de la formation dans le cadre des discussions sur le PRDF. Cela a permis, par exemple, de faire remonter une forte demande sur la mensualisation des bourses des FFS. Nous avons également lancé une étude sur la problématique de l'abandon des formations."*

Emmanuèle Jeandet-Mengual (Conseil régional de Haute-Normandie) signale que pour éviter que le système ne devienne élitiste, de nombreuses passerelles entre les différentes voies de formation, notamment de niveaux V et IV ont été prévues, parallèlement au développement des préparations aux concours. S'agissant par ailleurs de la cohérence entre ce schéma et les autres schémas de formation, elle considère *"qu'il existe surtout un emboîtement avec le PRDF. Mais autant celui-ci procède d'un cadrage large, autant le schéma des FFS nous a permis de préciser des éléments et orientations assez fins"*.

Maryse Arditi ajoute que sa Région a mis en œuvre un **suivi annuel global**. Cela a permis, par exemple, de constituer un groupe de travail sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, et la Région a demandé à l'Aract¹ d'aider les entreprises du secteur sanitaire et social qui souhaitaient s'engager dans une telle démarche.

Avantages

Au chapitre des avancées, Claudine Labrunie (Conseil régional du Limousin) rapporte que sa Région a mis en

place une allocation permettant de fidéliser les étudiants dans les domaines sanitaires et sociaux.

Pour Emmanuèle Jeandet-Mengual, *"l'entrée des Régions dans le dispositif des formations sanitaires et sociales a engagé ces dernières dans une autre vision. Auparavant, elles relevaient d'un sous-ensemble de formations, qui était piloté par l'État, via les Drass². Elles n'étaient pas, pour l'État, le pivot de l'action sanitaire et sociale. Les Régions les ont sorties de ce simple rôle de sous-ensemble. En leur apportant cet éclairage différent, elles ont pu être mieux prises en charge par leur partenaire privilégié : la Région"*.

Pour Maryse Arditi, ces formations *"font l'objet d'une réelle démarche budgétaire structurée, ce qui n'était pas le cas auparavant"*. ■

Obstacles

S'agissant des obstacles qui restent à surmonter, Claudine Labrunie cite la rénovation du diplôme des ambulanciers ou le remboursement des frais quotidiens des élèves massagers-kinésithérapeutes en stage. Et elle évoque *"l'important problème de l'immobilier : il me paraît nécessaire que nous nous mobilisions afin qu'un inventaire soit dressé et qu'il débouche sur une compensation à la hauteur des besoins"*. Elle s'est déclarée *"surprise"* par le niveau élevé du taux d'abandon, en particulier concernant le métier d'infirmier, *"d'autant plus qu'il s'agit d'une formation ciblée et sélective"*. Autre sujet d'inquiétude, *"les lieux de stage, du fait des difficultés budgétaires des hôpitaux"*. Elle prévoit que *"des problèmes se poseront rapidement sur ce point, qui revêt pourtant une importance majeure"*.

Pour Maryse Arditi, *"il manque, dans ce secteur, une formation tout au long de la vie"*. Et elle reconnaît : *"Nous devons progresser en la matière."*

Le collectif des Régions du Grand Est

Hélène Benabent¹ (Conseil régional de Lorraine) rappelle l'origine et les objectifs d'une collaboration entre cinq Régions associées au sein du **collectif des Régions du Grand Est**. Depuis le début de la décentralisation, les directions fonctionnelles de ces Régions se réunissent afin de partager leurs expériences. Elles ont constaté que l'offre de formation inter-régionale était peu abondante. Elles ont mené un important travail qui a abouti à la création d'un groupement de commandes, auquel chaque Région a adhéré par voie de convention. C'est ainsi qu'un cahier des charges a été rédigé pour une étude sur les besoins en professionnels paramédicaux qualifiés, confiée à un cabinet spécialisé et menée de janvier à juin 2008.

Les résultats montrent un point de vue partagé entre établissements et professionnels, une offre de formation interrégionale insuffisante et une installation des trois quarts des professionnels en zones urbaines ou périurbaines. L'étude confirme les

tensions sur le marché du travail dans trois métiers : orthophoniste, ergothérapeute et psychomotricien. De plus, il est apparu que des **besoins** n'étaient pas couverts par l'offre interrégionale, par exemple pour les psychomotriciens. L'étude a également mis en évidence des **contraintes** conjoncturelles liées aux quotas fixés par le ministère dans plusieurs professions paramédicales et à l'équilibre financier des organismes de formation. La question des locaux et des terrains de stage a également été posée, ainsi que celle des gratifications, et enfin, celle du LMD².

Un appel à projets pour la création d'écoles sera également prochainement lancé. Mais elle regrette que *"les questions financières et juridiques soient loin d'être réglées"*. Le collectif réfléchit sur l'engagement d'une démarche similaire dans le domaine social. *"Pourquoi, enfin, ne pas mettre en œuvre un schéma interrégional des formations sanitaires et sociales ?"*, s'interroge Hélène Benabent. ■

¹ Association générale pour l'amélioration des conditions de travail.

² Directions régionales des affaires sanitaires et sociales.

¹ Vice-présidente de la Région Lorraine, en charge de la formation professionnelle initiale, de l'apprentissage et des formations sanitaires et sociales.

² Schéma d'études licence-master-doctorat.

Un secteur grand utilisateur de la VAE

Le secteur sanitaire et social est celui qui concentre le plus de demandes dans le domaine de la validation des acquis de l'expérience. En 2006, un tiers des 48 000 candidats qui se sont présentés devant un jury visaient des diplômes et titres de niveau CAP-BEP dans le champ sanitaire et social¹. Les Régions se mobilisent pour développer la professionnalisation par cette voie.

Pour Maryse Ardit (Conseil régional de Languedoc-Roussillon), la régionalisation a permis de développer la diversité dans l'accès aux formations, entre formation initiale et formation professionnelle, surtout dans le cas de cette dernière, par le biais de la VAE. "Cela est notamment vrai pour les aides-soignants", relève-t-elle. Et elle précise que la Région finalise un cahier des charges des financeurs afin de développer la VAE. Les métiers sociaux et sanitaires s'interpénètrent de plus en plus et elle pense qu'il faudrait également prévoir "des **moyens d'expérimentation** de formations ou de dispositifs d'évolution des compétences, sans attendre la fin des démarches de certification des formations, qui sont forcément longues. L'expérimentation permet de faire avancer le dialogue, ce qui est toujours intéressant".

Claudine Labrunie (Conseil régional du Limousin) accorde également une grande importance aux thèmes de la VAE, de l'apprentissage et de la création de formations interrégionales.

Quant à Fabienne Debaux², elle souligne que pour elle, "la VAE est un **réel objet de politique publique**. Les ministères en charge des affaires sociales et de la santé sont aujourd'hui les deuxièmes certificateurs par la VAE, derrière l'Éducation nationale". Par ailleurs, elle indique que, pour 8 000 diplômes totalement validés, 7 000 ne l'ont été que partielle-

Domaine social : une approche par les compétences

Pierre Gauthier, président de l'Unaforis¹, précise que le secteur des formations sociales délivre 30 000 diplômes par an, pour 54 000 étudiants. Historiquement, il a une **forte relation avec la Direction de l'action sociale**. Il est, depuis cinq ans, concerné par la décentralisation, la VAE et l'impulsion européenne donnée par le processus de Bologne. "Nos établissements se sont donc retrouvés dans une situation totalement nouvelle, au moment même où la demande de formations sociales était croissante. Tout ceci nous a amenés à **innover**. Mais pour innover, il faut être deux. De ce point de vue, la décentralisation s'est bien déroulée. Les relations entre nos écoles et les Conseils régionaux sont **bonnes**, ce qui nous a permis d'avancer", se félicite-t-il. Aujourd'hui, il "reste à déterminer le positionnement de nos formations au regard de la question de l'**universitarisation**". La réforme des diplômes a débuté par "une approche fondée sur les compétences. Les formations sont de plus en plus organisées en modules, permettant quasiment du sur-mesure". De nombreuses innovations ont aussi été menées en matière d'accompagnement des étudiants.

1. L'Unaforis gère les 15 diplômes du secteur social, 200 écoles et plus de 400 sites agréés.

ment. Il y a donc un effort important à réaliser sur l'accompagnement post-VAE.

Emmanuelle Quillet (ministère de la Santé) indique que la réflexion sur la VAE, surtout dans le champ sanitaire, se heurte bien souvent à la **problématique des agréments et des professions assermentées**, mais qu'elle se poursuit dans les autres professions.

Emmanuèle Jeandet-Mengual (Conseil régional de Haute-Normandie), pour sa part, regrette que "l'ARH ait permis le **financement** de certaines formations tout au long de la vie, mais à un **niveau**

bien inférieur à la demande". De son côté, Maryse Ardit explique le fort taux d'abandons de VAE par l'insuffisance des délais impartis aux candidats pour passer du livret 1 au livret 2. Au sujet des diplômes, il lui paraît nécessaire "d'assurer une **cohérence non seulement horizontale, mais également verticale**". Une représentante de la CFDT souhaite que le métier d'infirmier soit accessible par la VAE et demande que les Régions insistent sur ce point auprès du ministère. Par ailleurs, elle pointe "une **iniquité flagrante** : il existe un **prérequis** de 70 heures imposé aux aides-soignants qui souhaiteraient s'engager dans une démarche de VAE. Là encore, nous avons besoin de l'appui des Régions face aux associations, très corporatistes, qui ne souhaitent pas le développement de la VAE".

Maryse Ardit fait sienne la remarque sur les **nouveaux diplômes** : "Il faudrait « arrêter d'en fabriquer »." Quant au prérequis de 70 heures imposé aux aides-soignantes pour s'engager dans une démarche de VAE, elle le perçoit comme "un véritable scandale. Cela illustre la forte opposition des professions sanitaires à toute évolution, arguant de leur caractère réglementé". ■

LMD : une réforme à l'ordre du jour

La réforme du LMD n'est visiblement pas aisée à mener. Pour Emmanuelle Quillet (ministère de la Santé), une réelle concertation avec les Régions a eu lieu sur ce thème. Cela étant, elle relève que "cette démarche est encore récente, mais que les groupes de travail constitués ont néanmoins permis d'explorer les différents aspects. Bien évidemment, les conventionnements entre instituts de formation en soins infirmiers, Régions et Universités vont changer de nombreux points, en instituant de **nouvelles exigences** en matière, notamment, de programmes. La concertation va se poursuivre, afin d'arriver à la **reconnaissance du niveau licence du diplôme d'infirmier**". Emmanuèle Jeandet-Mengual (Conseil régional de Haute-Normandie) se félicite que les FSS appliquent bientôt la réforme LMD : "Cela fait des années que j'espérais une « **universitarisation** » de ces formations et que nous y sommes enfin parvenus. Les élus régionaux sont **très impliqués** dans ce sujet. Lorsqu'il a fallu préparer un schéma, nous avons clairement indiqué que la Région était prête à s'engager dans une expérimentation." Cependant, regrette-t-elle, "nous avons eu une écoute favorable de la faculté de médecine, mais aucune suite effective".

¹ Étude Dares, octobre 2008.

² Fabienne Debaux est adjointe à la sous-directrice de l'animation territoriale et du travail social, DGAS, ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville.

FFS : les relations État-Régions analysées

Les partenariats développés par les Régions lors de l'élaboration des schémas régionaux des FFS, et ceux avec les branches professionnelles, ou encore l'État, ont été largement évoqués lors de ces 3^{es} Assises.

Claudine Labrunie (Conseil régional du Limousin), souligne les avancées réalisées dans ce domaine et cite plusieurs exemples. Les Régions travaillent régulièrement entre elles, dans le cadre de commissions au sein de l'ARF. Elles mènent également de larges concertations lors de l'établissement des schémas sanitaires et sociaux. Elle voit là le premier bienfait de la décentralisation : *"Les partenaires ne se connaissaient pas entre eux et n'avaient pas collaboré à des politiques communes. Cette étape d'élaboration de schémas permet de les mobiliser ensemble et d'aboutir à des solutions différenciées selon les territoires. Cela conforte également le rôle des Régions en matière d'anticipation et de préparation de la professionnalisation du secteur sanitaire et social."* Elle ne cache pas pour autant les obstacles rencontrés : le manque de textes réglementaires pour permettre une pleine décentralisation, la faible collaboration avec l'Éducation nationale et *"l'absence de politique de formation de Pôle emploi"*.

Maryse Arditi (Conseil régional du Languedoc-Roussillon) souligne que l'élaboration concomitante du PRDF et du schéma des FFS a donné lieu dans sa Région, pendant dix-huit mois, à un foisonnement de réunions et de réflexions. Ensuite, s'est ouvert un temps de suivi, avec l'organisation de groupes de travail entre les différents acteurs : État-Région, Conseils généraux-Conseil régional.

Quant à **Emmanuèle Jeandet-Mengual** (Conseil régional de Haute-Normandie), elle constate *"qu'il n'est pas évident d'inscrire des partenariats dans la durée, en matière de FFS"*. D'où une contractualisation pluriannuelle de sa Région avec les écoles et instituts de formation, autour des axes de formation définis par elle. Un contrat d'objectifs a aussi été conclu, *"malgré une organisation complexe des branches professionnelles"*. En écho, Maryse Arditi signale la complexité des relations avec ces branches *"qui comprennent à la fois un secteur public et un secteur privé forts"*. Et s'interroge : *"Ne serait-il pas préférable d'engager des discussions sous l'angle des métiers, plutôt que des branches ?"*

Une représentante de la CFDT indique que son syndicat s'est *"d'abord impliqué dans les partenariats régionaux, notamment au sein des branches"*, mais qu'elle s'en est *"retirée dernièrement, faute de moyens"*. *"Un syndicat d'employeurs qui s'occupe d'hospitalisation privée à but lucratif s'oppose à la mobilisation de tels moyens."* Elle demande à l'ARF *"de rappler cela aux employeurs"*.

Un travail en amont pour l'État

S'agissant des relations État-Régions, pour **Fabienne Debaux** (ministère du Travail), *"le rôle de l'État et celui de la Région sont clairement établis"*. Elle envisage le rôle de l'État, dans le secteur social, essentiellement concentré sur les certifications. À titre d'exemple, elle cite le travail en cours en concertation avec les acteurs sociaux sur l'offre de certification de niveau V dans le but de la rendre plus lisible ou, dans un autre registre, le soutien à la création ou au développement de pôles ressources pour la recherche dans le domaine du travail social. Selon elle, *"L'État travaille donc en amont et garantit la cohérence des certifications et des diplômes du travail social."*

Emmanuelle Quillet (ministère de la Santé) confirme que *"l'État a conservé un certain nombre de fonctions régaliennes concernant la détermination des programmes de formation et des conditions d'accès, en particulier pour les professions réglementées"*. Si un travail régulier et soutenu est mené avec les Régions sur les chantiers qui les concernent, *"il n'en est sans doute pas de même s'agissant des autres thématiques, notamment techniques et réglementaires"*, reconnaît-elle. L'État détermine également les quotas au niveau national, après avis consultatif des Régions. Ceux-ci permettent à l'État de gérer les écarts de densité d'implantation des professionnels de santé *"selon les zones géographiques. Mais ils ne sont pas suffisants : bien souvent, les situations de pénurie sont infrarégionales, constate-t-elle. Si bien*

que l'État doit être relayé localement par les Régions, qui ont la possibilité d'actionner des leviers qui ne relèvent pas du niveau national." Maryse Arditi déclare être d'accord pour que l'État se

charge de la gestion des certifications. Mais elle proteste : *"Les Régions ont fini par s'habituer à la conception ministérielle de la « concertation », qui consiste à recueillir des avis, mais pas forcément à en tenir compte. Bien souvent, l'État se retranche derrière l'argument des professions réglementées pour agir comme il l'entend"*. Elle pense que la concertation avec l'État, lorsqu'elle est conduite en région, se déroule plutôt mieux que lorsqu'elle est menée au niveau national, et analyse : *"Il y a une réelle duplicité de la position de l'État, entre ses différents échelons."*

Les "plans métiers"

Fabienne Debaux conseille de bien distinguer les relations entre les Régions et, d'une part, les services déconcentrés de l'État et, d'autre part, les échelons politiques centraux. Il est cependant parfaitement possible de trouver des convergences de vue et de développer des actions communes. Les "plans métiers", expérimentés en Régions Alsace, Centre et Nord-Pas-de-Calais, en sont un bon exemple. Il a été proposé à ces trois Régions de travailler plus particulièrement sur des axes communs, puis sur des déclinaisons régionales propres. Il s'agit d'anticiper les besoins en professionnels, de recruter des personnels en conséquence, de les former et de professionnaliser leur parcours, et enfin, de valoriser les métiers et fidéliser les personnels afin qu'ils restent implantés localement. *"Cette expérimentation fait l'objet d'un suivi régulier et devrait être généralisée, afin que toutes les Régions qui le souhaitent puissent s'y engager"*, conclut-elle. ■



De gauche à droite : Maryse Arditi, Emmanuèle Jeandet-Mengual, Emmanuelle Quillet et Fabienne Debaux lors des Assises.

1 L'acte de constitution d'un Opcv peut prévoir à cet effet l'existence de sections professionnelles. Les fonds perçus auprès de l'ensemble des entreprises par l'organisme collecteur paritaire sont toutefois mutualisés.

2 Les Opcv peuvent conclure avec une ou plusieurs personnes morales, relevant des organisations d'employeurs des conventions pour que celles-ci mettent en œuvre, sous la responsabilité et le contrôle du conseil d'administration paritaire, tout ou partie des décisions de gestion des organismes.

Spécificités régionales

Chaque Région a développé des initiatives pour mieux répondre aux besoins de ses territoires. Exemples en Franche-Comté, Bretagne et Auvergne.

Bretagne : une charte régionale de l'aide à domicile

Christian Gravaud, directeur du département Ressources à Uniformation, l'Opcat de l'économie sociale, présente la charte régionale de Bretagne sur l'aide à domicile. En 1995, les employeurs se sont lancés dans une démarche de **professionnalisation par la certification**. À l'époque, le seul diplôme existant, le Cafad¹, s'adressait uniquement aux personnels en poste. En 1995, l'État a mis l'accent, en matière de santé, sur le maintien à domicile. Les professionnels se sont alors lancés dans une certification. Ils ont associé à leur démarche la Drass et la DRTEFP, mais également la Région, les Départements, les CCAS et les Opcat, pour constituer un **collectif de certification des formations**. En 2002, les textes de loi ont modifié, entre autres, les conditions de financement de l'aide à domicile, en instituant notamment l'allocation personnalisée

d'autonomie (Apa). Le Fmad² (devenu depuis la CNSA³) s'est mis en place, et le DEAVS⁴ a été créé. Ce diplôme, accessible par la VAE, offrait des opportunités de qualification diplômante à des salariés de plus de 40 ans qui exercent depuis longtemps. En parallèle, la profession s'est retrouvée confrontée à des problèmes de recrutement.

Pour toutes ces raisons, une **charte** a été signée entre l'État, le rectorat, la Draf (Direction régionale de l'agriculture et de la forêt), la Région, les Conseils généraux, les employeurs associatifs et publics, la Fédération des particuliers employeurs de France (Fepem), l'ANPE, l'Afpa, trois Opcat et les centres de formation. Ce collectif a travaillé sur la certification par tous les moyens possibles, dont la VAE. Les formations ont été mises à plat, ce qui a permis d'établir des passerelles et, ainsi, d'augmenter le nombre de certifications. En 2007, cette charte a fait l'objet d'un avenant, sous forme d'une **convention additionnelle** pour la période 2007-2010. Cet avenant a permis de **cibler de nouveaux besoins, liés au handicap**, et a inscrit dès le départ la nécessité d'une évaluation de l'action menée. Enfin, la réflexion sur une démarche de GPEC a été lancée, à l'initiative des employeurs.

Auvergne : un statut unique pour tous les stagiaires

La Région Auvergne a abordé les formations sanitaires et sociales de manière globale, en instaurant un **statut** et une **démarche unique de financement** des formations de niveau V.

Arlette Arnaud-Landau, vice-présidente de la Région Auvergne, en charge de l'apprentissage et de la formation tout au long de la vie, expose la démarche régionale. L'Auvergne compte 28 instituts de formation sanitaire et 2 instituts de formation sociale. Dès 2004, la Région a organisé une large concertation au cours des **Assises régionales**, puis lors de l'élaboration du PRDF et des schémas régionaux des FSS.

Il a été constaté une différence dans l'accès aux formations, en particulier pour les formations sanitaires de

niveau V : certains élèves bénéficiaient d'une prise en charge totale (frais de formation et rémunération) et d'autres ne percevaient aucune aide, alors que le Conseil régional finançait à la fois les écoles et dispensait les bourses, ou prenaient en charge les frais de formation et de rémunération des demandeurs d'emploi. Les élèves en formation complète et partielle ne disposaient pas des mêmes droits.

La Région Auvergne a fait le choix d'aborder les formations sanitaires et sociales dans leur dimension formation initiale et formation des demandeurs d'emploi, formation complète et formation partielle. Elle a décidé d'une remise à plat complète, afin de **ne plus faire de distinction entre les différents statuts de stagiaires** (prise en charge des coûts de formation de tous les élèves, à l'exception des salariés) et d'**ouvrir les bourses sous conditions de ressources à tous les publics** (des points de charge et des échelons supplémentaires pour les personnes en situation difficile et, notamment, les demandeurs d'emploi ont été créés). Le budget a été abondé en conséquence (près de 2 millions d'euros).

En 2008, 260 personnes ont bénéficié d'une gratuité totale de leur formation sanitaire ou sociale. L'Assédic a accepté de prendre en charge une partie de ce coût. En 2009, l'Auvergne va signer une convention de collaboration avec Pôle emploi, qui assurera 30 % du financement de la formation, 70 % étant abondés par la Région. Ces aides bénéficient à toutes les personnes qui souhaitent se former en Auvergne, qu'elles habitent ou non la Région.

De plus, en 2009, la Région mobilisera **1 million d'euros** pour équiper les écoles et instituts de formation, notamment de micro-ordinateurs et de matériels de visioconférence, afin d'améliorer la qualité des formations.

Par ailleurs, l'Auvergne a **complété la carte des FSS** afin que chaque bassin d'emploi ou de vie dispose d'une offre pour des formations de niveau V, en intégrant la mixité des publics : jeunes en formation initiale, salariés en formation continue, demandeurs d'emploi, etc. ■

Franche-Comté : formation en alternance pour les ambulanciers

Le secteur du transport sanitaire compte 50 000 salariés et croît de 5 % chaque année. Les besoins en personnel qualifié sont importants, du fait d'une réglementation en constante évolution. **François Bonnet**, président de l'Union des ambulanciers de Franche-Comté, rappelle que la réforme de la formation des ambulanciers en 2006 a abouti à un **diplôme d'État**. Dès 2007, l'Union des ambulanciers de Franche-Comté a saisi le Conseil régional afin de lui faire part de ses besoins en termes d'emploi. Un groupe de travail a été mis en place par ce dernier, en association avec les professionnels, Pôle emploi et l'Espace jeunes. L'Union a alors mis en œuvre une **formation en alternance**, via des contrats de professionnalisation. Cependant, la démarche a été très consommatrice en temps. De plus, ont surgi des **difficultés** de gestion du diplôme entre l'État et la Région. Enfin, l'aide apportée par l'Opcat aux entreprises a été modifiée, et les contrats de professionnalisation, qui étaient exonérés de charges sociales jusqu'en 2007, s'y sont retrouvés assujettis dès 2008. Aujourd'hui, des entreprises **se retirent** donc de ces démarches, car elles rencontrent des difficultés financières. L'Union des ambulanciers réfléchit à de nouvelles ressources financières en rassemblant Pôle emploi, la Région et les professionnels du secteur

Les organismes de formation, porteurs d'innovation

Les études d'infirmier relèveront bientôt d'un nouveau référentiel et d'un diplôme universitaire adossé au système LMD, qui auront un impact important sur les formations.

“La mise en place de ce nouveau référentiel et la perspective, à court terme, d'une « universitarisation » de la formation d'infirmier nous a amenés à réfléchir à une modification des pratiques vis-à-vis du référentiel, dans l'optique d'une formation « équitable », relate Christian Camou, président du Cefiec¹. Il redoute que cette évolution ne mette les grandes métropoles régionales en position dominante. Au contraire, il souhaite assurer « une formation d'une qualité égale, quelle que soit la zone considérée, urbaine ou non ». Pour ce faire, les formations vont utiliser les nouvelles technologies, en développant par exemple la visioconférence, et en demandant aux Universités de permettre l'accès à leurs réseaux numériques. La réflexion débute aujourd'hui, et la formalisation du partenariat avec les Universités se déroulera pendant l'année 2009-2010. Le référentiel de formation impliquera la mise en place de tutorats et élargira les missions des responsables de stages. “Le tutorat est déjà développé dans le secteur de la santé mentale”, mais “il reste des efforts à fournir sur les autres terrains de stages”. Les futures études d'infirmier prévoient des stages longs et qualifiants. Or, les étudiants sont déjà nombreux, “si bien que, dans certains domaines, les lieux de stage manquent”, constate Christian Camou.

Autre changement : le nouveau référentiel procède d'une approche par compétences et non plus par contenu. Pour Joëlle Kozlowski, vice-présidente du Cefiec, il s'agit-là “d'un véritable changement de paradigme, qui induira le développement d'autres modèles pédagogiques dans les instituts de formation ; il faudra notamment développer un programme par unités d'enseignement, et y inclure une formation à la langue anglaise”.

Joëlle Kozlowski évoque l'impact sur les organisations, en interne comme en externe. Elle estime qu'il faudra passer d'une “alternance juxtaposée” à une “alternance intégrative”. Les organismes de formation devront aussi “s'acculturer à la logique de nouveaux partenaires, notamment les Régions”. Elle prévoit



également un impact sur le profil des étudiants et la posture des formateurs. Ceux-ci devront se former pour passer “d'un modèle « transmissif » à un modèle d'accompagnateur et de médiateur”. Elle s'inquiète aussi de l'impact budgétaire, “sur lequel nous n'avons à ce jour aucune visibilité”. ■

1 Le Comité d'entente des formations infirmières et cadres regroupe 368 structures de formation en soins infirmiers et cadres de santé.

Expérimentations

Les innovations et expérimentations du secteur sont multiples. Le consultant Louis Dubouchet cite plusieurs exemples. La branche sanitaire et sociale à but non lucratif a pris l'initiative d'organiser l'apprentissage et de monter des dispositifs d'accompagnement à la VAE. Les organismes de formation, pour leur part, “ont une forte propension à se regrouper au niveau territorial”, note-t-il. Les OPCA du secteur, enfin, sont à même de faire du conseil, de l'expertise, de développer des expérimentations et d'insuffler des innovations. “Les Régions peuvent exploiter ce terrain et ce d'autant plus qu'elles sont, aujourd'hui, en confiance avec ce domaine et qu'elles en maîtrisent les aspects méthodologiques”, estime le consultant. Il considère que non seulement elles les accompagnent, mais aussi qu'elles prennent de plus en plus l'initiative, dans bien des champs (territorialisation, passerelles) et, en particulier, auprès de l'appareil de formation.

Île-de-France : sécuriser tous les acteurs de la formation

Sur le plan de la qualité de service, Francine Bavay, vice-présidente de la Région Île-de-France, en charge du développement social de l'économie sociale et solidaire, de la santé et du handicap, indique que la Région a rapidement mis en place un centre d'appels téléphoniques internalisé afin de répondre aux questions des étudiants et de mieux comprendre comment améliorer leur prise en charge, mais aussi de mieux l'expliquer aux élus franciliens. Ensuite, la Région a créé un fonds d'aide aux étudiants, afin d'aider les non

boursiers qui, étant demandeurs d'emploi ou en reconversion professionnelle, n'avaient pas les moyens de poursuivre leur formation. Les processus administratifs ont également fait l'objet d'améliorations.

Elle pense que pour innover, il faut “sécuriser tous les acteurs, les étudiants comme les gestionnaires de centres de formation”, mais estime “qu'il existe encore une frontière à abattre en matière de coopération interinstitutionnelle : il s'agit de la coopération entre l'État et les collectivités

territoriales”. Or, aujourd'hui, affirme-t-elle, “l'État est loin de vouloir instaurer les conditions de sécurité qui conditionnent l'innovation dans le secteur sanitaire et social. Il nous faut interpeller toutes les institutions afin de répondre à un enjeu majeur de notre société : produire des emplois localisés, durables et utiles. Il me semble que les acteurs de terrain que nous sommes ont une réelle volonté d'innover. Mais si cette volonté n'est pas partagée par l'État, il y aura toujours des goulets d'étranglement qui retarderont l'innovation”. ■



La mobilisation de la branche

L'Union des fédérations et syndicats nationaux d'employeurs sans but lucratif du secteur sanitaire, médico-social et social (Unifed) et les organisations syndicales de salariés qui composent ensemble le CPNE disposent "de deux outils principaux pour agir sur les formations du secteur : l'Opca Unifaf, qui permet à la branche d'exister au niveau territorial, et l'Observatoire prospectif des métiers", explique René Boucher, président de la CPNE (collège employeurs).

La Commission paritaire nationale de l'emploi (CPNE) de la branche s'appuie sur cet observatoire pour détecter les besoins de formation. Dès 2004, elle a décidé de soutenir les dispositifs de VAE concernant le diplôme d'éducateur spécialisé. À partir de 2009, cet appui va s'étendre à huit autres diplômes du secteur social, dont celui d'aide-soignant, "qui fera l'objet d'un accompagnement individualisé, à partir des conditions de travail", précise François Charmetant, président de la CPNE (collège salariés). Autres actions privilégiées, les

formations en matière de "tutorat", quelle qu'en soit l'appellation. Une étude a été commanditée dans l'optique de bâtir un référentiel de formation. La branche demandera également aux centres de formation de se réunir autour d'un centre porteur, afin d'éviter la dispersion de l'offre de formation.

Quant à l'Observatoire prospectif des métiers, il poursuit quatre objectifs principaux :

> produire de la connaissance prospective en matière d'emploi, de qualifications et de métiers ;

> partager cette information avec les partenaires, notamment les établissements ;

> constituer une force de proposition, à partir des études menées ;

> développer une politique de GPEC de branche.

Observatoire : état des lieux et études prospectives

L'Observatoire a réalisé une première enquête sur l'emploi et les qualifications en 1995, actualisée en 2000 et 2007. "Après un premier rapport en 2007, une vision régionale et interrégionale extrêmement fine a pu être établie en 2008, grâce à une étude conduite sur 22 régions", détaille Stéphane Barthuel, président adjoint d'Unifaf. Il en ressort que :

> la branche a enregistré 2,8 % de créations d'emplois en 2008, soit 30 000 postes ;

> 2 % des salariés sont partis à la retraite en 2007, et 13,8 % d'entre eux ont plus de 55 ans, ce qui signifie que de nombreux postes vont se libérer ;

> 38 % des établissements ont déclaré avoir modifié leur organisation en raison de problèmes de recrutement de certains profils ;

> les deux tiers des emplois se situent en zone urbaine.

L'Observatoire travaille en partenariat avec le réseau InterCarif-Oref. Celui-ci s'est doté d'outils d'observation sur les formations et l'emploi en matière sanitaire et sociale et a conduit des travaux de mutualisation visant à élaborer des outils communs. Pierre Louis¹ précise, au nom du réseau InterCarif-Oref, que les travaux de mutualisation de ce dernier sur les FFS ont débuté en novembre 2007 à Tours, avec constitution d'un groupe de travail ad hoc composé de 21 Carif et Oref. Il s'agissait d'élaborer des tableaux de bord et des trames communs à toutes les régions. Plusieurs rencontres ont eu lieu avec la Dress², responsable de la conduite des enquêtes écoles. Enfin, le réseau a lancé des démarches de capitalisation et un guide méthodologique est en cours d'élaboration. ■

Les travaux des Opca du secteur

Deux Opca interviennent dans le secteur sanitaire et social : l'ANFH, Opca de la fonction publique hospitalière, et Unifaf, Opca des entreprises de la branche sanitaire, médico-sociale et sociale, privée à but non lucratif.

Séphane Barthuel, président adjoint d'Unifaf, présente son organisme, refondé le 1^{er} janvier 2005, mais dont les structures originelles datent de 1972. Selon les régions, Unifaf intervient sur différents points, à partir d'une "culture

de formation continue, en situation de travail, en plus de la formation initiale".

L'organisme finance des formations sur une centaine de métiers et a élaboré des parcours professionnels et de promotion sociale. Il collabore avec la moitié des Conseils régionaux, notamment au sujet du Cif. En Franche-Comté, par exemple, il travaille sur des actions de VAE. En Bourgogne, des démarches de VAE pour des formations d'infirmiers ont été engagées et, en Lorraine, il s'implique dans la formation des personnels des entreprises d'insertion.

Laurence Bray, présidente de l'ANFH, rappelle que sa structure a été créée voici trente-cinq ans par des professionnels hospitaliers et a été transformée en Opca en 2007. Présente dans toutes les régions, ses délégations ont participé à l'élaboration des PRDF. L'ANFH a signé des conventions sur la question de la VAE et œuvre en matière de qualification (maintien dans l'emploi, développement professionnel) et de mutualisation des fonds. Elle a prévu un plan stratégique de développement de cinq ans. Dans ce cadre, elle a noué des partenariats pour : l'accompagnement et l'aide des agents de la FPH ; l'aide aux établissements en matière d'outils de gestion ; le développement des liens avec les Conseils régionaux et généraux ; l'amélioration de la performance interne à l'ANFH. ■

1 Pierre Louis est par ailleurs responsable de l'Oref au sein du Prao (Pôle Rhône-Alpes de l'orientation), www.prao.org

2 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

> Contact Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier. www.anfh.fr

Le champ sanitaire et social est ancien, mais la branche, en tant que structure, s'est constituée récemment, avec la création, en 1993, de l'Union des fédérations syndicales d'employeurs sans but lucratif du secteur sanitaire, médico-social et social¹ (Unifed), puis de la CPNE. L'Unifed regroupe six organisations d'employeurs du secteur sanitaire, médico-social et social privé à but non lucratif :

> Fehap : Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne à but non lucratif, www.fehap.fr

> FNCLCC : Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, www.frdcc

> Snesia : Syndicat national au service des associations du secteur privé, social et médico-social à but non lucratif, www.snesia.org

> Fegapei (ex-Snapei) : Fédération nationale des associations de parents et amis employeurs et gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapées mentales, www.fegapei.fr

> SOP : Syndicat d'employeurs de l'économie sociale, secteur sanitaire, social et médico-social, www.sop.fr

> www.unifed.fr