

Le défi de la clarification

Les premières Assises des formations sanitaires et sociales, initiées par l'Association des Régions de France (ARF), en partenariat avec l'Association française des organismes de formation et de recherche en travail social (Aforts), le Comité d'entente des formations infirmières et cadres (Cefiec), le Groupement national des Instituts régionaux du travail social (GNI), et animées par le Centre Inffo, ont réuni plus de 500 participants, le 10 mars à Toulouse. Régions, Départements, partenaires sociaux, services de l'État, fédérations, organismes de formation, associations, étudiants ont débattu de toutes les questions posées par la décentralisation. La richesse des échanges a largement confirmé l'opportunité d'une telle rencontre.

Dossier réalisé par
Patricia Gautier-Moulin

A l'initiative de l'Association des Régions de France



Premières Assises de la décentralisation des formations sanitaires et sociales

“Ouvrir le dossier” avec l'ensemble de la filière, tel était l'objectif des Assises. Pari gagné : les différents acteurs ont apporté leur témoignage dans un esprit de proposition.

Les Régions entendent relever le défi du transfert des formations sanitaires et sociales, déclare **Martin Malvy**, président de la Région Midi-Pyrénées, et *“l'objectif numéro 1 de ces Assises est celui de la clarification”*, précise **Monique Iborra**, première vice-présidente de la Région Midi-Pyrénées. *“Il fallait donner un signe fort et nous avons souhaité organiser ces Assises pour que tous les acteurs de la filière se rencontrent et évoquent ensemble ce transfert”*, indique **Jean-Paul Denanot**, président de la Région Limousin et de la Commission formation professionnelle et apprentissage de l'ARF, insistant sur l'importance d'un secteur sanitaire et social *“en pleine expansion”*. **Alain Rousset**, président de la Région d'Aquitaine et de l'ARF, tient quant à lui à rassurer sur les effets de la décentralisation : *“Elle a toujours produit du rapprochement, parce que les bonnes pratiques circulent, parce que se mettent en place des évaluations, parce que progressivement l'homogénéisation et la cohérence se créent”*, a-t-il expliqué.

Au cours de ces Assises, au-delà des problèmes financiers liés aux transferts (voir page 8), les différents intervenants ont exprimé leur point de vue sur la décentralisation. Les principaux enjeux et objectifs de la décentralisation sont partagés par l'ensemble des acteurs. Il s'agit principalement d'améliorer l'attractivité des métiers concernés, de renforcer les liens entre les deux secteurs et de développer la dimension interrégionale pour harmoniser les conditions d'accès et faciliter les

mobilités professionnelles géographiques. Pour l'élaboration des **schémas régionaux des formations sanitaires et sociales**, les Conseils régionaux peuvent s'appuyer sur l'expérience acquise lors de la conception des PRDFP : pilotage “par les besoins” à partir d'un diagnostic, gestion de la concertation, connaissance des problématiques emploi-formation régionales, modalités de partenariat formalisées, prise en compte de l'échelon infra régional. “Concertation” et “partenariat” ont été les maîtres mots des interventions. Les services de l'État se déclarent attachés à accompagner cette décentralisation. Les **Régions** devraient être associées aux orientations nationales et les **Drass** coopérer autant que de besoin. Les **Départements**, chefs de file de l'action sociale, souhaitent un *“temps de travail partagé”* avec les



Monique Iborra, première vice-présidente de la Région Midi-Pyrénées, Martin Malvy, président de la Région Midi-Pyrénées, Alain Rousset, président de la Région d'Aquitaine et de l'ARF, Jean-Paul Denanot, président de la Région Limousin et de la Commission formation professionnelle et apprentissage de l'ARF.

Régions. Les **fédérations** assurent qu'elles sont prêtes à participer aux PRDFP en apportant leur connaissance nationale et régionale des acteurs et des dispositifs. Quant aux **branches** professionnelles, elles insistent sur l'importance des besoins et soulignent que leurs priorités en matière de formation rejoignent celles des Régions : personnes faiblement qualifiées et emplois “sensibles”. Les **organismes de formation** craignent une dérégulation du marché, mais veulent être considérés comme des partenaires, plutôt que comme des prestataires. Enfin, les **étudiants** ont fait part de leurs interrogations sur l'égalité d'accès aux formations, les bourses et les instances de contrôle des centres de formation. P.G.-M. ■

Tables rondes

Jean-Paul Denanot a souhaité que ces Assises soient décentralisées en Région. **Monique Iborra**, chargée de l'animation du groupe de travail sur les formations sanitaires et sociales au sein de la Commission formation professionnelle et apprentissage de l'ARF, en a assuré l'organisation à Toulouse, avec le soutien de la Région Midi-Pyrénées. L'animation de la manifestation était assurée par le **Centre Inffo**. Trois tables rondes ont rythmé la journée :

- “Les enjeux de la décentralisation des formations sanitaires et sociales”, animée par **Françoise Gérard**, chargée de mission Régions au Centre Inffo ;
- “Les conditions du transfert des formations sanitaires et sociales”, animée par **Régis Roussel**, chargé d'études au sein des missions Europe-international et Régions, au Centre Inffo ;
- “Quel pilotage pour l'élaboration des schémas régionaux des formations sanitaires et sociales, avec quelles méthodes ?”, animée par **Maryline Gesbert**, responsable études-observatoire à la direction juridique-observatoire du Centre Inffo.



Les points de vigilance

René Eksl, consultant au cabinet Geste, et Pierre Breteau, consultant au cabinet KPMG, ont dressé un tableau des conditions du transfert des formations sanitaires et sociales et relevé les aspects qui appellent une attention particulière.

René Eksl détaille les spécificités du secteur sanitaire, parmi lesquelles : une liste fermée des formations concernées, la faible autonomie des centres de formation, l'absence de schémas régionaux et, enfin, la forte croissance des quotas infirmiers, qui coexiste avec des abandons en augmentation, ce qui rend difficile l'évaluation du nombre de diplômés à partir des quotas de première année. Par ailleurs, suivant les professions, les effectifs sont parfois trop faibles pour justifier l'existence d'un centre de formation dans chaque région – d'où la nécessité de concertations interrégionales. Enfin, suivant les filières, le poids du privé et du public est très différent. Le champ social présente aussi des particularités. La Région a une responsabilité plus forte, puisqu'elle couvre l'ensemble des formations, mais dans le domaine budgétaire sa responsabilité est limitée à la formation initiale dans le transfert, et les textes sont assez ambigus sur les investissements. Les centres sont plus regroupés, et moins nombreux, que dans le sanitaire, et des schémas régionaux ont été établis sur 2002-2005 par l'Etat. La demande de VAE est très forte dans le secteur social, qui propose un nombre particulièrement élevé de diplômes, parfois très proches, délivrés par le ministère, les

Universités, l'Afpa, les branches, rendant le paysage de la certification complexe. L'analyse des besoins est rendue difficile par l'étendue du champ et la multiplicité des acteurs.

À surveiller

Plusieurs points lui semblent importants à surveiller. Il considère le renforcement du lien entre formations sanitaires et sociales comme un enjeu central, parce que la mobilité d'un secteur à l'autre correspond aux besoins des employeurs et aux souhaits des salariés. Le lien formation-emploi doit être approfondi, car très peu d'informations existent sur l'insertion professionnelle des diplômés et les flux de mobilité géographique. L'apprentissage et les formations en alternance sont insuffisamment développés dans les deux secteurs. René Eksl évoque encore la régulation qui lui semble devoir être améliorée sur différents aspects : l'enchaînement entre les formations scolaires et professionnelles ; l'attractivité des filières de formation, notamment pour la population masculine ; l'égalité des chances. Enfin, la "gouvernance" doit permettre d'assurer un suivi de la bonne utilisation des fonds et de la qualité des actions dispensées par les instituts de

Le secteur en chiffres

Il existe environ 1 000 établissements pour 110 000 élèves et étudiants dans le secteur sanitaire et 325 dans le social pour l'accueil de 50 000 personnes. Un cinquième des 160 000 élèves perçoivent une aide pour leur formation. Les besoins d'ici 2015 (source Plan et Dares) sont évalués, en tenant compte de la croissance du nombre d'emplois et des départs à la retraite, à 200 000 infirmiers et sages-femmes, 260 000 aides-soignants, et de l'ordre de 400 000 assistants maternels et aides à domicile.

formation financés par les Conseils régionaux.

Les aspects financiers

De son côté, Pierre Breteau a établi un état des lieux des formations sanitaires et sociales sous l'angle financier, pour plusieurs Régions. Il insiste sur l'hétérogénéité des secteurs concernés, liée à la structure et l'organisation des établissements, qui se répercute au niveau budgétaire et rend très difficile l'appréciation des coûts. Autre grande disparité relevée : les conditions très inégales d'accès aux formations sur un même territoire, sous leurs aspects financiers, notamment (frais d'inscription, droits de scolarité, bourses, prestations offertes, indemnisation et rémunération des stagiaires, etc.), avec des écarts de niveau de financement public qui varient de un à quatre. Pierre Breteau propose d'introduire entre les schémas régionaux - documents stratégiques "programmatisés" - et la relation opérationnelle annuelle (subvention) un document de cadrage pluriannuel qui fixe la contribution relative des uns et des autres, des établissements d'une part, de la Région et de l'Etat d'autre part, sous forme de contrats d'objectifs. Cette approche, estime-t-il, permettrait d'éviter "un financement au guichet" qui reproduirait les mécanismes d'hétérogénéité, et aboutirait à un véritable partenariat entre les Régions et les établissements de formation. ■

Les dispositions de la loi

La loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales définit les conditions de transfert des formations sanitaires et sociales aux Régions.

Dans le domaine social, la loi confère à la Région la formation initiale des travailleurs sociaux. Elle recense les besoins et élabore le schéma régional des formations sociales, agréée les établissements de formation initiale et les finance. Le Département est associé au recensement des besoins par la Région et consulté par l'Etat sur la définition et le contenu des formations. L'Etat définit des orientations nationales et conserve des compétences en matière de pédagogie et de délivrance des diplômes, ainsi que d'examen de la

déclaration préalable des organismes de formation.

Dans le domaine sanitaire, les compétences de la Région s'appliquent à la répartition des quotas et des capacités d'accueil entre les établissements de formation, ainsi qu'à l'autorisation de leur création et l'agrément de leur direction. La Région assure le financement des établissements publics, et quant au privé, elle le fait à hauteur des fonds antérieurement engagés par l'Etat. L'Etat fixe les quotas d'étudiants au plan national et régional et par métier, après avis des Conseils régionaux. Il définit les programmes de formation, l'organisation des études, les modalités d'évaluation des étudiants ou élèves, et délivre les diplômes.

Les méthodologies d'élaboration des schémas régionaux

Depuis la loi de décentralisation du 13 août 2004, les Régions ont commencé à définir des méthodologies d'élaboration des schémas régionaux des formations sanitaires et sociales. Les Conseils régionaux de Rhône-Alpes et de Bourgogne présentent leur démarche.

“*Un diagnostic emploi formation¹ réalisé au printemps 2004 a permis de dégager une première vision globale du secteur*”, expose **Pierre Louis**, responsable des formations sanitaires et sociales au Conseil régional de Rhône-Alpes. En 2005, la Région a géré de façon opérationnelle la transition, et une nouvelle Direction des formations sanitaires et sociales, de la santé et de la solidarité a été créée. Une première phase de concertation (25 réunions) avec les acteurs a été organisée.

L'articulation entre les schémas et le PRDFP

Ces schémas spécifiques s'inscrivent dans le cadre du PRDFP. Ils ont été élaborés dans le cadre du Comité de coordination régional de l'emploi et de la formation professionnelle, (CCREFP) qui réunit, aux côtés de la Région, l'État et les partenaires sociaux de l'interprofessionnel. En 2005, une Commission dédiée au PRDFP a été mise en place au sein du CCREFP, qui a elle-même constitué des groupes de travail thématiques qui permettent d'associer, aux côtés des membres du Comité de coordination, des experts ou des acteurs du secteur sanitaire et social, notamment l'ensemble des branches et les partenaires sociaux.

Une méthodologie en trois phases

La première étape - en cours - concerne l'analyse des besoins et la structuration d'une fonction d'observation à l'échelle régionale. La Région a décidé d'"internaliser" l'élaboration de ces schémas et a recruté une chargée d'études qui prépare des tableaux de bord "fiabiles". Ensuite, sont réalisés des diagnostics du marché de l'emploi et de la relation formation-emploi, déclinés par métier et formation pour l'ensemble des professions concernées.

Dans la deuxième phase, il s'agit d'ouvrir au débat ces éléments de diagnostic, en mobilisant les groupes de

travail du PRDFP, selon trois thématiques complémentaires : l'approche "parcours", l'analyse des besoins "emploi-formation" actuels et prospectifs, et l'approche territoriale. La troisième phase verra l'élaboration progressive des deux schémas, avec l'objectif de les soumettre au vote des élus régionaux à l'automne, après différentes consultations des instances du PRDFP. Les organismes de formation seront associés au fur et à mesure de l'avancement des travaux. Ces schémas doivent préparer les plans d'actions pour mettre en œuvre les orientations retenues, et peut-être déboucher sur des conventions de partenariat, sous forme de contrats d'objectifs.

Un comité de pilotage en Bourgogne

“*Le PRDFP, adopté en décembre 2004, fixait la méthodologie qui va être mise en œuvre pour l'élaboration des deux schémas des formations sanitaires et sociales*”, explique **Gérard Speranza**, directeur de la formation au Conseil régional de Bourgogne. Il souligne que ces schémas vont trouver leur place dans le PRDFP aux côtés des schémas de l'apprentissage, des for-

mations scolaires, de l'Afpa, et du programme régional de formation continue en direction des demandeurs d'emploi. “*Si la matière et certains acteurs sont nouveaux, l'exercice ne l'est pas*”, affirme Gérard Spéranza. Cependant, la Région a fait appel à un cabinet extérieur pour une assistance à maîtrise d'ouvrage, notamment pour avancer rapidement et finaliser avant fin 2006 le schéma, qui devra être efficace dès 2007.

Les étapes d'élaboration du schéma sont assez proches de celles de Rhône-Alpes : un état des lieux "emploi-formation" suivi d'une phase d'analyse des données et d'études prospectives, puis de la rédaction d'orientations, d'une validation, et enfin de la présentation du projet de schéma. L'analyse comportera aussi des conclusions spécifiques par territoire et par public. Par ailleurs, un Comité de pilotage commun aux deux schémas, regroupant les principaux acteurs concernés, a été mis en place pour tenir compte des champs qui se recoupent, avec souvent les mêmes partenaires. Les centres de formation ne siègent pas au Comité de pilotage, mais participeront très largement à tous les travaux. ■

¹ Diagnostic réalisé avec l'appui du cabinet Ithaque.

Vers des contrats d'objectifs ?

Pascale Gérard, présidente de la Commission formation professionnelle au Conseil régional de Provence-Alpes-Côte d'Azur, envisage des contrats d'objectifs et de moyens entre les Régions et les établissements. Elle précise qu'en Paca, tous les établissements qui perçoivent des subventions ont une convention cadre pluriannuelle, ce qui permet de fixer des objectifs, mais surtout d'assurer le fonctionnement et les rémunérations des personnels des instituts de formation.

Pour **Francine Bavay¹**, vice-présidente du Conseil régional d'Ile-de-France, deux voies peuvent être explorées. La première consiste à conclure des contrats pluriannuels avec les organismes de formation. La seconde concerne un travail d'harmonisation pour arriver à une égalité de traitement des structures, mais aussi pour permettre la mobilité des personnels. L'Ile-de-France cherche à conserver les personnes qu'elle forme pour répondre aux besoins des Franciliens, mais ne souhaite pas non plus s'opposer à la mobilité régionale. “*D'où l'intérêt de concevoir ensemble, dans le cadre de l'ARF, l'avenir de ces secteurs dans leur globalité*”, conclut-elle.

¹ Francine Bavay est chargée du développement social, de l'économie solidaire, de la santé, et du handicap.



Les organismes de formation veulent être des partenaires

Les organismes de formation du secteur sanitaire et social craignent d'être fragilisés par la décentralisation. Ils font part de leurs préoccupations et de leur souhait d'être considérés davantage comme des partenaires que comme des prestataires.

“**A**ttention à ce qu'il n'y ait pas des tentatives de déqualification des métiers du travail social”, prévient Christian Chasseriaud, président de l'Aforts (Association française des organismes de formation et de recherche en travail social). Il alerte contre le **risque de dérégulation** qui serait lié à l'enregistrement par l'État d'un maximum d'organismes sur la liste de déclaration préalable, alors que la Région n'agrèerait que les organismes qu'elle financerait. Il précise que, dans le cadre de la réforme des diplômes, les organismes de l'Aforts souhaitent se situer en partenaires et espère que la rationalisation nécessaire des différents centres de formation, en termes de critères et de normes, sera abordée dans un **cadre concerté**. La bonne articulation entre la qualité des formations et l'adaptation de l'offre aux besoins des branches professionnelles lui semble essentielle. Enfin, il considère que les compétences désormais attribuées aux Conseils régionaux et aux Conseils généraux

sont “*intéressantes du point de vue d'un renouvellement du travail social intégré à un territoire*”.

L'engagement des Instituts de travail social

Pierre Bechler, secrétaire général adjoint du **Groupement national des Instituts régionaux du travail social** (GNI) se félicite de la convergence entre les orientations affichées par les Conseils régionaux et celles des instituts de son groupement sur de nombreux points : passage d'un pilotage par l'offre à un pilotage par les besoins ; meilleure articulation entre formation initiale et continue ; développement des liens avec d'autres domaines de formation. Il cite encore l'exigence en matière de qualité et un nouveau rapport avec les branches professionnelles, ainsi que le souci de relier problématiques de santé et sociales. Il considère que la décentralisation conduira à une modification de l'approche de la qualifi-

cation : généralisation de la démarche “compétences”, individualisation des parcours, développement de l'apprentissage, promotion de la VAE, ouverture européenne. Cependant, il met en garde contre certains **risques**. Il recommande de tenir compte des problématiques sociales territorialisées pour définir le contenu des formations des emplois sociaux. Il s'insurge contre une rationalité essentiellement technique, comme les référentiels, car l'emploi social “*nécessite un noyau dur de compétences personnelles*”. Le représentant du GNI redoute également “*une complication excessive des dispositions légales et réglementaires qui encadrent les structures de formation*” qui risquerait “*d'entraver les processus de transversalité souhaitables entre formations*”. Pierre Bechler conclut en souhaitant que les instituts soient “*associés à des dynamiques partenariales réelles entre l'État et les Régions, partenaires avec lesquels ils pourront alors faire alliance avec toute la rigueur et l'engagement à quoi cela oblige*”.

Les interrogations des étudiants

Samuel Buret, délégué des étudiants de l'IRTS Parmentier, à Paris, interroge les intervenants pour savoir qui, des Régions ou des employeurs, assurera le financement des formations des demandeurs d'emploi et des Cif. Il s'inquiète également des instances de contrôle de la formation. Sur le financement des Cif, Pascale Gérard (Région Provence-Alpes-Côte d'Azur) rappelle que la formation des salariés n'est pas une compétence des Régions, mais relève des partenaires sociaux. Elle indique que la Région coopérera avec les Assédic pour la prise en charge de la formation des demandeurs d'emploi.

Concernant le contrôle, Francine Bavay (Région Ile-de-France) informe que sa Région a déjà mis en place une instance pluraliste de contrôle des bourses. Quant à Pascale Gérard, elle signale qu'un contrôle interne de la Région sur la bonne utilisation des fonds publics alloués par la Région existe déjà, mais elle souhaite travailler avec l'État par rapport au contrôle pédagogique qu'il continuera d'exercer.

Julie Lépine, représentante du Collectif toulousain des étudiants en travail social (Cotets), et du RNTSF (Réseau national des travailleurs sociaux en formation) s'inquiète de l'égalité des chances et de la non-discrimination dans l'accès aux formations. Pascale Gérard explique que les nouveaux barèmes ont entraîné 50 % d'augmentation des dépenses consacrées aux bourses. Elle précise qu'une réflexion est engagée sur la gratuité des formations afin de garantir l'égalité d'accès.

Jonathan Messica, représentant du Collectif toulousain des étudiants en travail social, insiste sur la nécessité “*d'une concertation avec les étudiants pour l'élaboration des schémas régionaux*”.

Le Cefiec se rapproche du secteur social

Geneviève Roberton, présidente du Cefiec¹ rappelle que son association s'inscrit déjà dans une dynamique régionale et souhaite “*une harmonisation nationale des dispositifs de formation qui tiennent compte des contextes régionaux, tout en respectant les objectifs de santé publique*”. Elle souligne l'intérêt de son organisation pour la mobilité interrégionale. Elle insiste sur le souci du Cefiec “*d'anticiper les évolutions des besoins de formation pour offrir une réponse de qualité aux besoins sanitaires*”. Elle rappelle l'importance de créer des passerelles permettant une évolution de carrière (attractivité de la profession et fidélisation des professionnels formés) et “*la nécessité de penser la formation dans une vision réunie des secteurs sanitaire et social*”. Enfin, elle indique qu'un rapprochement avec le secteur social est en cours, notamment avec l'Aforts. ■

1 Le Comité d'entente des formations infirmières et cadres regroupe 435 structures de formations infirmières, cadres, infirmières spécialisées et aides-soignantes (70 000 étudiants et élèves), soit plus de 90 % des structures de formation.

Les services de l'État prônent la concertation avec les Régions

La Direction générale de l'action sociale souhaite que l'année 2006 soit celle d'un "partenariat éclairé" avec les Régions. Quant à la Direction générale de la santé, elle entend que la décentralisation permette "de maintenir la qualité des soins et de répondre à une juste répartition de l'offre de soins et de l'offre de professionnels sur l'ensemble du territoire".

"Nous partageons l'ambition commune de développer une formation de qualité et cette décentralisation, nous la réussissons ensemble : l'État, les Régions, les établissements de formation, les personnels, les partenaires sociaux", affirme Jean-Jacques Tregoat, directeur général de l'action sociale (DGAS). "Catherine Vautrin, ministre déléguée à la Cohésion sociale et à la Parité, a pleinement conscience que nous ne pourrions progresser que collectivement, compte tenu à la fois des enjeux en termes quantitatifs, qualitatifs, mais aussi par la construction de la décentralisation", assure-t-il. L'État a des responsabilités en matière de certification et de diplômes, et il est indispensable que les **diplômes restent nationaux**. Mais le ministère a également un rôle à jouer en matière de politique sociale pour tenir compte du vieillissement de la population, de la prise en charge des citoyens les plus exclus, etc. Pour Jean-Jacques Tregoat, ce sont ces certifications "politiques sociales" et "emploi" qu'il faut avoir en tête lorsque l'on construit les diplômes et les formations. Le ministère insiste beaucoup sur l'importance de la **VAE** et "aura besoin des Régions pour accompagner les personnes qui vont entrer dans cette démarche".

Le directeur général de l'action sociale a participé aux travaux de la **Commission consultative d'évaluation des charges**, et explique-t-il, "nous avons eu la volonté d'associer très vite les Régions, nos services déconcentrés et les associations gestionnaires d'établissements, à l'accompagnement de cette décentralisation dans un groupe de travail spécifique". Le ministère a veillé à rédiger très vite les textes d'application après la loi, "pour que tous les acteurs voient rapidement la totalité du paysage de ce qui était transféré".

La Direction générale de l'action sociale a souhaité également améliorer assez nettement les **transferts**

Social : l'élaboration des orientations nationales des formations sociales

Des orientations nationales vont succéder au schéma national des formations sociales 2001-2005. Ces orientations, explique Maryse Chaix, sous-directrice de l'animation territoriale et du travail social à la Direction générale de l'action sociale (DGAS), s'appuient sur le diagnostic au plan national des besoins de qualification. Celui-ci est réalisé notamment à partir des besoins identifiés dans les Régions, en association avec les Départements. Les orientations tiennent également compte des évolutions des professions et des certifications sociales au plan européen. Elles se nourriront, au fil de leurs élaborations successives, des retours des PRDFP et des schémas régionaux des formations sociales.

Un comité de pilotage, composé de représentants de la Commission professionnelle consultative (CPC) et accompagné par un consultant, est chargé de réaliser le bilan du schéma national 2001-2005 et de préparer les orientations nationales que le ministre arrêtera, après avis du Conseil supérieur du travail social (CSTS).

financiers, et les élus régionaux ont été entendus, se félicite Jean-Jacques Tregoat. Il reste beaucoup à faire, reconnaît-il, et "nous devons le faire dans la concertation, tant au niveau national avec l'ARF et les présidents d'associations, que régional avec les services déconcentrés, les Régions et leurs partenaires locaux".

Santé : fortes évolutions de la formation

Éric Waisbord, sous-directeur à la Direction générale de la santé, considère que les enjeux de la décentralisation des formations sanitaires et sociales doivent être analysés dans le contexte actuel du secteur, particulièrement mouvant s'agissant de la formation. Une **refonte des formations initiales** est en cours (organisation en LMD de l'ensemble des 15 professions paramédicales). Un autre travail important a été lancé pour donner toute sa valeur au concept de formation tout au long de la vie, en utilisant en particulier la **VAE**. Le dispositif a pris une très grande ampleur : 60 000 candidats à la VAE, dont 19 000 pour

le seul diplôme d'aide-soignant. Les professionnels de santé ont désormais une obligation de formation continue. Les travaux ont débuté par les médecins, mais les formations paramédicales entrent dans ce champ, et les années qui viennent seront consacrées à la mise en œuvre de ce dispositif qui vise à s'assurer que les professionnels sont en permanence au meilleur niveau. La création d'**ordres professionnels** pour les professions paramédicales va encore modifier le paysage. La "**délégation de tâches**" est à l'étude. Elle consistera à faire assurer par des professions paramédicales des gestes auparavant autorisés uniquement pour les professions médicales. Et il conviendra alors de s'assurer que la formation et la qualité de la pratique sont au rendez-vous.

La décentralisation s'inscrit dans ce contexte, explique Éric Waisbord, en souhaitant que "la décentralisation permette de maintenir la qualité des soins, la qualité individuelle des pratiques, de répondre à une juste répartition de l'offre de soins et de l'offre de professionnels sur l'ensemble du territoire". ■

Santé : les schémas régionaux devront s'articuler avec l'ensemble des partenaires

L'ANFH se déclare prête à apporter son expérience à l'élaboration des schémas régionaux. La FHF, quant à elle, insiste sur la nécessité de préserver les liens étroits entre instituts de formation et hôpitaux. Enfin, le président de la Conférence régionale de santé publique de Midi-Pyrénées invite les Conseils régionaux à articuler les schémas sanitaires aux politiques de santé régionales - dont il souligne la complexité.

1
Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier.

2
Fédération hospitalière de France, constituée de dix Unions hospitalières interrégionales réunissant plus de 1 000 établissements publics (hôpitaux) et autant de structures médico-sociales (maisons de retraite et maisons d'accueil spécialisées autonomes).

3
Union régionale des Caisses de maladie.

L'ANFH¹ dispose d'un réseau de formations professionnalisées qui irrigue tous les établissements sanitaires et sociaux publics, précise Pierre Gilibert, son directeur général. Elle peut apporter ingénierie et savoir-faire d'actions nationales d'envergure, interrégionales ou régionales pour satisfaire des besoins émergents et favoriser les innovations pédagogiques. Elle est en mesure de rapprocher les besoins emploi-formation, d'orienter l'offre et les flux de formation, ainsi que de mobiliser des sources de financement diversifiées. Elle est donc prête à contribuer à la construction des "plans d'actions opérationnels" par le transfert de son expérience, dans une logique de partenariat. L'Association a déjà renforcé ses relations avec les Conseils régionaux et généraux et les Opca, et souhaite amplifier cette politique, où elle apporte sa contribution à l'élaboration du PRDFP.

La FHF : le lien formation-hôpital est essentiel

"Je voudrais développer trois idées par rapport à la décentralisation", annonce Hélène Boyer, responsable du Pôle ressources humaines de la Fédération hospitalière de France (FHF)². Dans un contexte budgétaire difficile, les subventions des instituts de formation des hôpitaux doivent couvrir la formation, mais aussi la rémunération des personnels en formation. D'autre part, il est indispensable de préserver le lien entre instituts de formation et hôpitaux : les mises en situation professionnelles constituent une garantie de qualité, et il faut inciter le personnel formé à rester dans la structure. Enfin, la promotion

professionnelle est aujourd'hui considérée comme de la formation initiale et totalement prise en charge par les hôpitaux (formation et rémunération). Si, demain, elle relevait de la formation continue, cela signifierait que son financement serait assuré par l'hôpital. Sa subvention serait mino- rée d'autant, ou bien il devrait payer les frais de scolarité, et la prise en charge des promotions professionnelles serait pénalisée.

Hélène Boyer cite l'exemple de l'accès aux diplômés d'infirmières spécialisées, réservé aux titulaires du diplôme d'infirmière qui ont un certain nombre d'années d'exercice. Celles-ci continuent donc à travailler pendant leur formation et perçoivent leur rémunération. La prise en charge doit être assurée, car ce sont le plus souvent "des spécialisations dont les hôpitaux ont réellement besoin", estime Hélène Boyer. L'autre diplôme financé d'une manière très massive est celui d'aide-soignant. Là encore, les besoins ne vont cesser de croître. Peut-être, propose-t-elle, pourrait-on imaginer un système où il serait possible de préparer un diplôme d'aide-soignant immédiatement après la scolarité et entrer dans la vie professionnelle ?

Un paysage complexe

Alain Grand, président de la Conférence régionale de santé publique de Midi-Pyrénées lance "un appel pressant à la coordination de tous les acteurs et pilotes présumés". Il constate une démultiplication des instances régionales chargées de la planification de la santé, qui rend difficilement lisibles les responsabilités et, par voie de conséquence, le pilotage. Il considère que le schéma des formations sanitaires et sociales doit être articulé avec les autres forma-



© Laurent Lacour

tions régionales dans le cadre du PRDFP et avec celui du dispositif sanitaire et social.

Il se réjouit des nouvelles compétences des Conseils régionaux, mais note "qu'ils devront faire leur place dans un paysage régional en pleine recomposition", et tenir compte du plan régional de santé publique. La loi du 9 août 2004 a installé la Conférence régionale de santé et le Groupement régional de santé publique, qui coordonne différentes instances : l'Agence régionale de l'hospitalisation, la Drass, l'Urcam³, de nombreux acteurs associés à la définition de la politique de santé publique. L'organisation régionale de la santé est devenue si complexe qu'il estime "que le risque d'émiettement des responsabilités est réel, ce qui ne va pas faciliter le pilotage". La dernière loi a rajouté des étages de coordination. Le schéma régional des formations sanitaires et sociales devra être conçu en étroite concertation avec toutes ces instances régionales, pour un pilotage partagé, ou du moins concerté. Ainsi, ce schéma devra travailler en cohérence avec la multitude des "plans" et des "schémas régionaux", dont chacun développe une problématique spécifique, souvent indépendamment les uns des autres.

Alain Grand propose donc que la Conférence de santé soit "le lieu de concertation, d'échange, et de mise en cohérence de toute la politique régionale de santé, y compris bien sûr le schéma régional des formations sanitaires et sociales qui sera un élément clef de la politique future de santé publique des Régions". ■



© Laurent Lacour

Jean-Jacques Tregoat, directeur général de l'action sociale

La branche sanitaire et sociale veut aboutir à une élaboration partagée des schémas régionaux

Réaliser “des constructions intelligentes avec les Conseils régionaux”, favoriser la qualification et la mobilité, attirer les jeunes. Ce sont les priorités de la branche sanitaire et sociale à but non lucratif¹, présentées par deux représentants de la CPNE (Commission paritaire nationale de l'emploi), Michel Cappelletti et Didier Tronche.

Didier Tronche, du collège employeurs², rappelle le contexte dans lequel doit s'inscrire le transfert des formations. Aux besoins de “renouvellement” s'ajoute une crise importante de recrutement sur certains métiers : entre 15 et 20 % de personnes “font fonction”, c'est-à-dire occupent des emplois sans avoir la qualification requise. Enfin, les deux secteurs d'activité en pleine expansion, les personnes âgées et la petite enfance, présentent le plus gros déficit de qualification, avec 75 à 85 % des personnels de niveau V au mieux, mais souvent de niveau inférieur.

La CPNE a décidé, compte tenu de ce fort déficit de qualification, de privilégier les formations qualifiantes, et elle souhaite arriver, dans le cadre des PRDFP, “à des constructions intelligentes avec les Conseils régionaux, mais également à une présence de l'État”, notamment au travers des contrats d'objectifs et de moyens. “Nous devons aboutir à une élaboration partagée, programmée et prospec-

tive des formations et des emplois à couvrir à terme. Cela ne peut se faire aujourd'hui que dans une approche à caractère territorial, et celle-ci est d'autant plus nécessaire dans notre secteur d'activité que l'ensemble des emplois participe de l'aménagement du territoire”, affirme-t-il.

Didier Tronche regrette la multiplication des certifications par les différents ministères concernés, et plaide pour une économie générale des parcours de professionnalisation, ce qui suppose des voies d'accès à la qualification de plus en plus variées et modularisées. Autre point important souligné, l'articulation des différents niveaux de qualification dans les filières existantes, pour favoriser la promotion et la mobilité, aussi bien horizontale que verticale. Pour cela, il prône une vraie reconnaissance des formations dans le cursus universitaire et un rapprochement avec le système LMD.

Ces évolutions, estime-t-il, supposent de garder le dispositif de formation

existant, même s'il doit être regroupé, et d'éviter d'entrer dans un processus de libéralisation du marché “qui verrait, par la liste d'aptitudes, une création sans fin d'organismes de formation”.

Michel Cappelletti, du collège salariés de la CPNE³, explique que sa Commission a travaillé avec le Conseil régional de Midi-Pyrénées à l'élaboration d'un contrat d'objectifs et de moyens pour le secteur, en s'appuyant sur les informations fournies par l'Observatoire régional. L'avancement des travaux a déjà conduit à “profilier” à court terme les objectifs pour la branche professionnelle de l'associatif sanitaire et social à but non lucratif, et qui concernent en particulier la qualification des personnels de niveau VI, la préparation du renouvellement de la main d'œuvre, le développement des compétences pour les emplois sensibles de niveau III et de niveau V, le renforcement du rôle de management (direction et encadrement intermédiaire) et la mise en œuvre d'une démarche de GPEC. ■

Les Départements souhaitent être associés au pilotage

Les Départements souhaitent que le pilotage des schémas de formation évolue considérablement. Un “nouveau pilotage” permettrait de répondre à la diversité des publics accompagnés, ainsi qu'à “l'impact sur les pratiques professionnelles des politiques nationales de l'emploi”.

Le dispositif de formation doit répondre aux “besoins numériques”, mais aussi qualitatifs et s'efforcer de rendre ces métiers attractifs. En conséquence, Sophie Lhote¹, se faisant la porte-parole de Bernard Cazeau², empêché, considère que le pilotage devrait s'appuyer sur une bonne connaissance des politiques publiques d'action sociale, médico-sociale et sanitaire, et leur déclinaison territoriale. Elle préconise de “prévoir un temps de travail partagé entre la Région et les Départements, pour mesurer la commande publique et identifier les acteurs en charge de sa mise en œuvre”. Elle insiste sur la formation des cadres

de l'action sociale, très importante pour les Départements. Ceux-ci ont besoin de chefs de service polyvalents, à la fois techniciens de l'action sociale, mais également gestionnaires de politiques publiques.

“Les Départements sont aujourd'hui les chefs de file de l'action sociale et, en ce sens, ont donc une certaine obligation de moyens, et en matière d'action sociale, une obligation de résultat”, fait observer Sophie Lhote. Elle constate que “depuis plusieurs années, le Département reçoit chaque année une compétence d'action sociale supplémentaire, compensée ou non, qui se traduit par le transfert d'un nouveau

secteur de l'action sociale et d'un public nouveau”. Ces compétences transférées “présentent un point commun : elles font appel à des compétences exigeantes en matière de formation initiale et continue”. Les Conseils généraux sont aujourd'hui employeurs directs de travailleurs sociaux, mais également d'importants financeurs d'emplois sociaux et médico-sociaux dans les établissements ou les associations. En fait, considère Sophie Lhote, “les politiques d'action sociale des Conseils généraux déterminent fortement le nombre, le type, les lieux des emplois sociaux, leur mode de financement et les perspectives nouvelles de métiers”. ■

1 La branche couvre environ 80 % des actions sociales à caractère public ou d'intérêt général, 15 % des places de l'hospitalisation et 700 000 salariés relèvent de son fonds d'assurance formation. 230 millions d'euros sont consacrés à la formation professionnelle, dont 80 % pour des actions qualifiantes.

2 Michel Cappelletti siège à la CPNE au titre de Force ouvrière. Il est également président de la Commission professionnelle consultative qui travaille sur les référentiels de formations et les diplômes.

3 Didier Tronche siège à la CPNE au titre de l'Union des fédérations et syndicats d'employeurs sans but lucratif du secteur sanitaire, médico-social et social (Unifed).

1 Directrice des services sociaux au Conseil général de Dordogne.

2 Président du Conseil général de Dordogne, président de la Commission politiques sociales de l'Assemblée des Départements de France (ADF).

Les Régions toujours insatisfaites des transferts financiers

“Il n’y a pas incohérence dans les compétences transférées. Il y a incohérence dans la méthode et dans la charge induite”, explique Martin Malvy. La question des transferts financiers de l’État aux Régions concernant les formations sanitaires et sociales fait toujours l’objet d’âpres discussions.

Martin Malvy, président du Conseil régional Midi-Pyrénées, relève que l’État a répondu aux Régions sur deux points très contestés : le mode de calcul ouvrant droit à compensation et la revalorisation des bourses alignées sur celles de l’enseignement supérieur. Les transferts financiers ont été calculés, non pas comme la loi le prévoyait sur la moyenne triennale 2002, 2003, 2004, mais sur l’année 2004, aussi bien pour les bourses, les aides aux étudiants, que pour les écoles. L’État avait en effet engagé un plan qui prévoyait 3 000 diplômés supplémentaires par an, la première étape se déroulant en 2002 et la troisième en 2004. Les moyens étaient donc en phase ascendante, et la moyenne eût été pénalisante dans cette montée en charge. Mais Martin Malvy considère que **“le compte n’y est toujours pas”**. Il redoute que les nouvelles compétences transférées aux Régions, sans les moyens correspondants, ne pénalisent le financement d’autres politiques régionales, voire la suppression de certaines.

Francine Bavay, vice-présidente du Conseil régional d’Ile-de-France, affiche le même mécontentement : **“Nous sommes dans la situation où la Région propose et l’État dispose, et je ne crois pas que l’on puisse parler de réelle décentralisation.”** Et de poursuivre : **“Il y aura certes un peu plus de transparence dans les financements, mais je crains que ce ne soit une transparence sur les déficits en matière de financement.”** Elle précise qu’un des premiers objectifs de la Région Ile-de-France est d’atteindre les quotas pour répondre aux besoins du territoire.

Par exemple, les capacités de formation d’infirmières ne sont utilisées qu’à 80 %. Mais, s’indigne-t-elle, **“cela représente un surcoût de 14,5 millions d’euros, qui s’ajoutent aux 34 millions d’euros qui manquent déjà. Si on prend en compte la gratuité des études, les indemnités de stage des infirmières, les équipements, les budgets annexes, les coûts deviennent très importants, sans compter ceux qui ne sont pas identifiables, donc pas chiffrables.”**

Des coûts difficiles à évaluer

Les formations sanitaires et sociales représentent un tiers du budget que les Conseils régionaux consacrent à la formation professionnelle, et le problème financier est particulièrement aigu, car au-delà des coûts identifiés, les dépenses qui devront être réellement engagées sont difficiles à appréhender. Dans le champ sanitaire, les centres de formations sont en général **intégrés aux hôpitaux**. Or, ces derniers n’ont **une comptabilité analytique** que depuis janvier 2005 et ne peuvent communiquer leurs coûts spécifiques liés à la formation. Les investissements des établissements de formation qui devront être pris en charge par les Régions ne sont pas réellement comptabilisés dans les transferts, calculés essentiellement sur les coûts de fonctionnement. Le différentiel déjà évalué à au moins

L’exemple de la formation des aides-soignants en Aquitaine

Noël Roger, directeur général adjoint au Conseil régional d’Aquitaine, en charge de la formation professionnelle et de l’apprentissage, cite l’exemple de sa Région, où 1 000 aides-soignants payaient la quasi totalité de leurs formations. Depuis deux ans, la Région a anticipé la décentralisation et a accordé une subvention particulière aux établissements concernés. La dépense est **“tout de même excessive”**, déplore-t-il, puisqu’il faut multiplier par 1 000 un coût de formation évalué à 4 000 euros par aide-soignant.

Sur la question des équipements, la loi prévoit que la Région doit participer à ces dépenses, sur la base de celles réalisées au cours des cinq dernières années. Or, explique-t-il, **“nous avons interrogé l’État, et le constat est douloureux”**. Dans le secteur sanitaire, **“n’apparaît pas le moindre euro affiché pour identifier les investissements”** des établissements hospitaliers. La situation est différente dans le secteur social, où les investissements avaient été inscrits dans le contrat de plan, et où un établissement aurait effectivement été financé. La Région Aquitaine doit analyser ce qui a été réalisé depuis cinq ans. Mais elle est, par exemple, déjà sollicitée par trois structures, avec des demandes de taux de financement d’investissement qui vont de 30 % à 100 % - or, la loi dit : **“la Région participe”**. **“Nous n’avons vraiment aucune lisibilité de ces dépenses”**, regrette Noël Roger.

146 millions d’euros ne tient pas compte de ces dépenses d’investissement.

Monique Iborra, vice-présidente de la Région Midi-Pyrénées, remarque que l’État a décidé d’aligner les bourses des secteurs sanitaire et social sur celles de l’enseignement supérieur au moment du transfert de compétences aux Régions. Ce mode de calcul imposé par la loi implique une majoration importante des dépenses des Régions, qui n’a pas été prise en compte lors du transfert. ■

Retrouvez un dossier de synthèse sur la décentralisation des formations sanitaires et sociales sur

www.centre-inffo.fr, rubrique régions



Monique Iborra, première vice-présidente de la Région Midi-Pyrénées



Jean-Paul Denanot, président de la Région Limousin et de la Commission formation de l’ARF