

**La décentralisation
des formations sanitaires
et sociales**

MARS 2006

Rapporteur :

Madame Lise BOUVERET
Présidente du groupe de travail
« Formations sanitaires et sociales »

Rapport N°2006-05

Ce rapport a été adopté à l'unanimité par le Conseil Economique et Social
lors de son Assemblée plénière du mardi 14 mars 2006

SOMMAIRE

I.	<i>Le contexte actuel du secteur sanitaire et social</i>	4
A.	<i>Les évolutions de société</i>	4
1.	La complexification des problématiques sociales	4
2.	Le vieillissement de la population	4
3.	La croissance des besoins d'intervenants à domicile	5
B.	<i>Les enjeux du secteur sanitaire et social</i>	5
1.	La démographie de ces professions et son évolution prévisible dans les prochaines années	5
2.	L'évolution des pratiques professionnelle et la féminisation du secteur social et éducatif	5
3.	La qualification	6
4.	Le maillage du territoire	6
C.	<i>Un contexte financier incertain</i>	7
II.	<i>Les conditions d'exercice des nouvelles compétences de la Région</i>	8
A.	<i>La régulation des flux et de l'offre de formation</i>	8
1.	Un constat : la diversité et l'hétérogénéité de l'offre de formation régionale	9
2.	Un mode de fonctionnement : le système de conventionnement et des quotas.....	11
3.	Les enjeux liés à l'intégration des formations sanitaires et sociales dans le PRDF.....	12
B.	<i>La mise en place de la fonction d'observation au niveau régional</i>	13
C.	<i>La nécessité du partenariat</i>	14
1.	Les acteurs du partenariat	14
2.	Lieux, instances et outils du partenariat	15
III.	<i>L'organisation des formations</i>	16
A.	<i>Une frontière floue entre formation initiale et formation continue</i>	16
B.	<i>L'accès aux formations</i>	17
1.	Pour une meilleure connaissance des métiers des secteurs sanitaire et social	17
2.	Conditions d'accès aux formations : coût et formalités	18
C.	<i>Le contenu des formations</i>	19
1.	La transversalité dans les formations	19
2.	L'ouverture sur l'international et le multiculturalisme	20
3.	L'organisation des stages.....	20
D.	<i>La diversification des voies d'accès à la qualification</i>	21
1.	Pour un développement de l'apprentissage et de l'alternance.....	21
2.	Les perspectives ouvertes par la VAE	22
IV.	<i>En guise de conclusion</i>	23

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a transféré aux Régions des compétences importantes dans l'organisation et le financement des formations sanitaires et sociales. Le transfert de compétences, qui s'est effectué en deux temps (au 1^{er} janvier 2005 pour les formations sociales ; au 1^{er} juillet 2005 pour les formations sanitaires) porte à la fois sur l'attribution d'aides aux étudiants et aux stagiaires en formation et sur l'aide apportée aux établissements

Plusieurs remarques préalables s'imposent :

- A travers cette nouvelle compétence, les Régions sont introduites dans des domaines - la santé et l'action sociale - qu'elles ne connaissent que peu voire pas, dans la mesure où elles relèvent de la responsabilité de l'Etat et des Départements. Il faut observer que la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique va aussi dans le sens de cette évolution, en favorisant l'implication des régions dans le champ sanitaire.
- Du point de vue des métiers qu'ils recouvrent, ces deux secteurs présentent des caractéristiques bien distinctes.
 - Dans le domaine sanitaire, très réglementé sur le plan de la formation et de la reconnaissance des titres, les métiers sont clairement délimités et la loi du 13 août 2004 dresse la liste de ceux qui sont concernés par la décentralisation.
 - Pour le secteur social, l'évolution des métiers et des formations est très liée à l'évolution de la société et de ses besoins. La loi renvoie aux domaines dans lesquels les professionnels sont appelés à intervenir : la lutte contre les exclusions et la maltraitance, la prévention et la compensation de la perte d'autonomie, des handicaps ou des inadaptations, la promotion de la cohésion sociale et du développement social.
 - Dans ces deux domaines, les emplois présentent une grande hétérogénéité de statuts et relèvent du secteur public - fonction publique territoriale, fonction publique d'Etat, fonction publique hospitalière - et du secteur privé -, lucratif et non lucratif, libéral.
- Les formations sanitaires et sociales se distinguent de celles d'autres secteurs en ce qu'elles font appel à des savoir-faire humains, des capacités d'analyse et de diagnostic qui s'acquièrent principalement en situation de travail, dans la confrontation avec les personnes accompagnées ; les points d'appui théoriques viennent enrichir des positionnements et des postures professionnels dont les apprentissages s'acquièrent dans la durée et dans un cadre collectif.
- Le périmètre des compétences transférées varie d'un secteur à l'autre : dans le domaine social, en lien avec le département, la Région est chargée de définir et conduire la politique de formation des travailleurs sociaux ; dans le domaine sanitaire, sa compétence est plus limitée, dans la mesure où elle consiste à répartir sur le territoire régional des quotas et des capacités d'accueil définis au niveau national.

Dès avril 2004, la Région avait souhaité dresser un état des lieux et avoir une vision globale emploi/formation du secteur sanitaire et social en Rhône-Alpes. C'est l'objet du diagnostic réalisé par le cabinet Ithaque¹, qui développe trois approches : emplois et métiers du sanitaire et social ; la formation de la filière sanitaire et sociale ; la loi de décentralisation : problèmes posés, acteurs et enjeux.

¹ Réalisation d'un diagnostic préalable à la définition d'orientations stratégiques et assistance à l'élaboration de scénarios d'organisation du transfert et de gestion des compétences transférées.

En même temps qu'elle a adopté des modalités de gestion pour assurer le paiement des aides aux étudiants ou aux stagiaires et le versement des subventions aux établissements de formation, la Région s'est engagée dans la définition des orientations d'une politique régionale pour ces formations.

Le CESR considère que les conditions dans lesquelles la Région s'est saisie de cette nouvelle compétence sont de nature à favoriser la mise en place d'un partenariat efficace entre les acteurs concernés.

Pour sa part, le CESR a souhaité apporter sa contribution à l'élaboration de la politique régionale. Il a mené sa propre réflexion, en s'appuyant sur une série d'auditions menées auprès de professionnels², sur le diagnostic réalisé par le cabinet Ithaque, sur les enseignements tirés des groupes de travail animés par le Conseil régional auxquels il a participé, et sur les travaux d'analyse menés au niveau national ou dans d'autres régions.

I. Le contexte actuel du secteur sanitaire et social

Les évolutions qui marquent tant la société que le secteur sanitaire et social se traduisent par de nouveaux besoins, auxquels les formations sanitaires et sociales doivent s'adapter.

A. Les évolutions de société

1. La complexification des problématiques sociales

La dilution de la frontière des questions sociétales rend nécessaire le décroisement entre le sanitaire, le social et le médico-social. La pauvreté s'accroît, les phénomènes d'exclusion s'accroissent et affectent à la fois l'emploi, la santé, le logement, la vie sociale... Les services d'urgence médicale sont de plus en plus confrontés à la prise en charge de problèmes sociaux : conduites addictives, violences conjugales... Ce phénomène de « globalisation » n'est certes pas nouveau ; il semble pourtant que les politiques mises en œuvre ne soient pas parvenues à le maîtriser.

De plus, les formations sanitaires et sociales relèvent de plusieurs ministères : Santé et Affaires sociales, Education nationale, Enseignement supérieur, Agriculture, Jeunesse et Sports. Il faut aussi compter sur la forte imbrication des politiques publiques qui a pour conséquences de faire jouer différents niveaux de décision (échelons européen, national, régional, départemental et communal), à travers la structuration de la relation emploi/formation (Etat/Région) et l'impact des politiques de cohésion sociale et de santé sur les politiques de formation.

L'on assiste ainsi à l'émergence de nouveaux métiers et à la recomposition des métiers actuels. Cet enchevêtrement contribue à la complexification du système de métiers et de formations, et oblige à une meilleure coordination des deux secteurs.

2. Le vieillissement de la population

L'augmentation du nombre de personnes âgées va se traduire, dans les prochaines années, par un accroissement des besoins sur le plan quantitatif, la consommation de soins augmentant avec l'âge. Sur le plan qualitatif, il induit des demandes de soins à satisfaire de nature différente. En particulier, le développement de pathologies de plus en plus lourdes, l'augmentation du nombre de cas de démences séniles, engendrent des difficultés d'un nouvel ordre pour l'accueil des personnes dans les structures traditionnelles et pour l'accompagnement et le soutien des familles.

² En annexe

De même, les personnes âgées ont désormais de nouvelles exigences en termes de vie sociale, d'activités culturelles et de loisirs.

De plus, avec le problème des personnes handicapées vieillissantes, les institutions sociales et médico-sociales sont de plus en plus appelées à prendre le relais des familles et/ou à les soutenir.

3. La croissance des besoins d'intervenants à domicile

Le vieillissement démographique, les choix individuels, la réduction de la durée moyenne de séjour en établissement hospitalier engendrent une croissance des besoins d'intervenants à domicile.

B. Les enjeux du secteur sanitaire et social

1. La démographie de ces professions et son évolution prévisible dans les prochaines années

Au total, les professions sanitaires et sociales représentent plus de 240 000 emplois en Rhône-Alpes. Il apparaît que la moitié des emplois est localisée dans 3 grands bassins d'emplois : Lyon pour un tiers d'entre eux, Grenoble et Saint-Étienne. De plus, il y a une plus forte proportion d'assistantes maternelles et d'agents de services hospitaliers dans les bassins ruraux, sinon la proportion de PCS³ par bassin est identique.

Par ailleurs, cette photographie de la profession va naturellement changer en raison des importants départs à la retraite et du vieillissement des professionnels. Sans prétendre être exhaustif, le CESR retient quelques tendances significatives qui ressortent du rapport Ithaque.

Pour les professions de santé (hors médecins), les années 2008-2012 verront le **départ à la retraite** des générations du baby-boom, avec un effet massif sur les effectifs en place.

Le **vieillessement** des personnels est aussi à prendre en compte. A titre d'exemple, l'âge moyen des infirmières a tendance à augmenter : il est passé de 34 ans en 1981 à 41 ans en 2000⁴, et ce, même si la pyramide des âges est « plus jeune » en Rhône-Alpes qu'au niveau national.

Le secteur social n'échappe pas à ce phénomène ; quelques exemples peuvent illustrer la situation : les personnels employés dans l'aide à domicile (hors assistantes maternelles) sont plutôt âgées (45 % ont plus de 45 ans) alors même que les besoins vont s'accroître avec le nombre de personnes dépendantes notamment ; 37 % des emplois de la famille « santé / social » ont plus de 45 ans.

Le personnel encadrant connaîtra également un taux de départ très fort (proche de 55% dans la fonction publique hospitalière et la fonction publique territoriale).

Plusieurs acteurs auditionnés par le CESR soulignent l'enjeu que représente le transfert de savoirs et de connaissances professionnels : **pour certains établissements, c'est toute une culture et des compétences collectives qui risquent de disparaître dans les prochaines années. Il s'agit d'un enjeu quantitatif et qualitatif avec des incidences fortes en formation et gestion des carrières.**

2. L'évolution des pratiques professionnelle et la féminisation du secteur social et éducatif

- **De nouvelles formes d'intervention et de prises en charge** plus diversifiées, plus complexes, plus transversales, qui font une place plus grande aux usagers, apparaissent. Outre la recomposition des métiers actuels, de nouveaux métiers vont apparaître avec le développement des politiques de proximité. La recherche de compétences communes aux métiers débouchera sur de nouvelles pratiques de formation et de professionnalisation dont il reviendra à la Région d'adapter son offre de formations.

³ Professions et catégories socioprofessionnelles, selon la nomenclature de l'Insee

⁴ Source DRESS citée par le rapport Ithaque

- Par ailleurs, **la féminisation** est un phénomène croissant dans le secteur sanitaire (88,4% pour la profession d'infirmière) et très prégnant dans le secteur social (99% dans le secteur de l'aide à domicile et 90% dans l'action sociale) ; dans certaines catégories, il devient même difficile de constituer des équipes mixtes (cas de la filière éducative).

3. La qualification

Le secteur reste globalement marqué par la **sous-qualification et la surqualification** pour certaines tâches :

- niveau VI (aucune qualification) : 35% du personnel sanitaire et social (52% dans le domaine des personnes âgées)

- niveau V : 24% du personnel sanitaire et social

Numériquement, ces deux niveaux représentent un enjeu majeur de qualification pour la région compte tenu des besoins croissants dus au vieillissement de la population, à l'exigence accrue de qualité, de sécurité et de technicité ainsi qu'avec l'évolution des besoins de la société.

- niveau IV : 8% du personnel sanitaire et social

- niveau III : 26%

- niveaux I et II : 7%

Les « **faisant fonction** » sont de plus en plus nombreux dans le secteur médico-social, notamment pour l'aide à domicile, les personnes âgées et handicapées. Le secteur sanitaire échappe davantage à ce phénomène du fait du caractère réglementé des postes même si une partie des agents du service hospitalier remplissent parfois des fonctions d'aides-soignants. L'importance des « faisant fonction » génère des situations de glissement de tâches avec les risques que cela comporte.

Le phénomène des « faisant fonction » est lié aux tensions que connaît le marché du travail :

- difficultés de recrutement pour beaucoup de professions

- pénuries pour d'autres, notamment de personnels qualifiés

- turn-over élevé dans certains cas

De plus, dans le secteur social, les difficultés de financement peuvent pousser à un recrutement de personnel de moindre qualification.

Or, il faut prendre en compte un fort accroissement des besoins en personnel qualifié dans les années à venir ; le secteur devra faire face à un double défi quantitatif et qualitatif et ce dans un contexte de fort départ à la retraite des salariés. Cette situation démontre la nécessité de répondre à des besoins de formation à court terme et de développer la VAE.

Comme le pointe le rapport Ithaque, l'attractivité du secteur résidera dans sa capacité à proposer de véritables parcours professionnels ce qui renvoie à la capacité des acteurs à introduire des passerelles entre les diplômes, les filières et les segments du marché du travail.

4. Le maillage du territoire

Concernant les **formations sociales**, la répartition géographique montre qu'une trentaine de centres sont répartis dans la région et que tous les départements sont couverts par des formations allant des niveaux III à V. Toutefois, les écoles sont inégalement réparties entre les différents départements ; le Rhône est le seul département à proposer l'ensemble des diplômes, il concentre près de la moitié des diplômés. Compte tenu de la demande croissante et des besoins en personnels qualifiés, les centres de formations ne doivent pas être développés uniquement dans les grands centres urbains.

Pour les **formations sanitaires**, certaines sont quasiment les seules formations supérieures qui ont un pouvoir d'attractivité important. Des enjeux d'aménagement du territoire sont donc importants. Or, en Rhône-Alpes, l'offre de formation paramédicale révèle une grande inégalité car le Rhône, l'Isère et la

Loire concentrent la grande majorité des formations même si tous les départements sont dotés d'une ou plusieurs écoles d'infirmières ou d'aides-soignants.

C. *Un contexte financier incertain*

En 2005, c'est dans un contexte difficile, que la Région a cherché à assurer la continuité du versement des aides aux étudiants et du financement des établissements. Au regard des besoins et des évolutions prévisibles dans les prochaines années, **l'exercice de cette nouvelle compétence pèsera lourd dans les futurs budgets de la Région.**

La loi du 13 août 2004 (article 119) avait prévu que le droit à compensation des charges de fonctionnement transférées était « égal à la moyenne des dépenses actualisées constatées sur une période de trois ans précédant le transfert de compétences ». Compte tenu de l'évolution des besoins dans ces secteurs, ce principe aurait conduit à verser aux Régions un montant de crédits arithmétiquement inférieur à celui atteint par les crédits d'Etat et d'assurance-maladie à la date du transfert.

Le CESR constate avec satisfaction que les demandes répétées des Régions ont été entendues puisque la loi de finances rectificative du 30 décembre 2005 a bien retenu pour la compensation du transfert la référence de l'année 2004 - et non la moyenne arithmétique des années 2002, 2003 et 2004 ; c'est une demande qu'il avait aussi lui-même exprimée. Le montant de la compensation de l'Etat pour 2005 s'est donc élevée à 37,1M€ au lieu de 32,3 initialement prévus. Cependant, des incertitudes subsistent quant au montant définitif de la compensation pour 2006.

Pour les **aides aux étudiants** du secteur « santé » et du secteur social, la compensation de l'Etat reste insuffisante : outre la prise en charge des missions auparavant financées par l'Etat, la Région doit désormais assumer les conséquences financières résultant des décrets des 3 et 4 mai 2005 qui modifient les critères d'éligibilité et revalorisent le montant des bourses.

De plus, comme le relève le rapport du Cabinet Ernst et Young⁵, les prévisions des effectifs des formations sanitaires et sociales font état d'un accroissement des inscrits en 2005 de 4% pour les formations sociales et de 6% pour les formations sociales. Ces dépenses n'ont pas été prises en compte dans la compensation.

Pour les **aides aux établissements sanitaires**, 2006 devrait rester une année de transition. La Région reversera la dotation de l'Etat, des incertitudes demeurant quant au financement des formations dans les établissements adossés à un hôpital⁶.

En matière d'**aide à l'investissement des établissements**, la loi prévoit des dispositions différentes suivant les secteurs.

- pour les établissements de formation sociale, la Région peut participer aux dépenses d'investissement, d'entretien et de fonctionnement des locaux ;
- pour les établissements de formation sanitaire, la Région doit assumer une aide à l'investissement pour les écoles et les instituts de formation relevant d'un établissement de santé, dans le cadre de la subvention de fonctionnement, en prenant en compte les charges financières liées aux emprunts et les dotations aux comptes d'amortissement et de provisions.

L'investissement dans les établissements et l'état du patrimoine transféré constituent un enjeu important, d'autant plus que l'enveloppe financière transférée par l'Etat en 2005 ne prévoyait pas de somme pour l'investissement. La Région n'a pas encore défini de politique globale dans ce domaine.

⁵ Etudes des conséquences financières de l'Acte II de la décentralisation - étude pour l'Association des Régions de France - 7 décembre 2005

⁶ L'obligation pour les établissements publics hospitaliers de disposer d'un budget annexe n'a été imposée qu'en mai 2005.

En attendant, elle a décidé d'accorder son *soutien aux établissements de formation privés en les aidant à obtenir des conditions d'emprunt préférentielles*⁷. La Région garantit directement, à hauteur de 90% du capital restant dû, les emprunts relatifs aux investissements liés à certains travaux : extension, restructuration pour répondre à l'augmentation du nombre d'étudiants-stagiaires, amélioration de l'accessibilité aux personnes handicapées, mise au norme de sécurité incendie.

La DRASS avait dressé un état des lieux sur le patrimoine des établissements de formation sanitaire et sociale en Rhône-Alpes. Le CESR souligne l'intérêt pour la Région de disposer d'une telle photographie du patrimoine, compte tenu des grandes disparités existant entre les établissements, de la grande diversité architecturale et de la nécessité d'appréhender leur capacité d'adaptation aux évolutions techniques. Plusieurs éléments peuvent être retenus de l'enquête réalisée par la DRASS :

- près de la moitié du patrimoine a plus de 30 ans ;
- environ 30% des écoles prévoient des travaux de mise en sécurité ;
- près de la moitié des écoles ne sont pas entièrement accessibles aux personnes handicapées ; les deux tiers des écoles sanitaires privées ne le sont pas ;
- 40% des demandes concernent le renouvellement du matériel informatique.

Ces éléments laissent augurer d'importantes charges dans ce domaine.

Le CESR insiste pour que ce transfert de compétences fasse l'objet d'un suivi dans sa mise en oeuvre et d'une évaluation régulière des financements engagés et de leur efficience.

II. Les conditions d'exercice des nouvelles compétences de la Région

Avec le transfert des formations sanitaires et sociales, la Région voit son rôle conforté dans l'organisation de l'offre de formation. L'enjeu réside principalement dans les réponses qu'elle sera en mesure d'apporter aux attentes qui s'expriment, quant à sa capacité à piloter en :

- structurant l'offre de formation ;
- favorisant l'accès de tous en tout point du territoire ;
- mettant en place un pôle d'observation et de connaissance du secteur sanitaire et social au niveau régional ;
- organisant les partenariats nécessaires avec l'ensemble des acteurs concernés.

A. La régulation des flux et de l'offre de formation

La loi du 13 août 2004 confie à la Région la responsabilité de la régulation des flux et de l'offre de formation ; cette compétence est plus large dans le domaine social que dans le domaine sanitaire puisque, dans ce dernier, l'intervention de la Région est subordonnée à celle de l'Etat en répartissant entre les instituts régionaux le nombre de places qu'il affecte et ne concerne que les professions paramédicales.

⁷ Délibération du Conseil régional en date des 25, 26 et 27 janvier 2006

1. Un constat : la diversité et l'hétérogénéité de l'offre de formation régionale⁸

➤ Les formations sanitaires

17 diplômes du secteur sanitaire en Rhône-Alpes, concernés par le transfert

Intitulés	Mode d'entrée	Niveau	Durée	Titre ou diplôme	Délivré par
Sage-femme	Quota	III	5	Diplôme d'Etat	Min. de l'Enseignement supérieur
Infirmier	Quota	III	3	Diplôme d'Etat	Min. des Affaires sociales
Masseur-kinésithérapeute	Quota	III	3	Diplôme d'Etat	Min. des Affaires sociales
Ergothérapeute	Quota	III	3	Diplôme d'Etat	Min. des Affaires sociales
Psychomotricien	Quota	III	3	Diplôme d'Etat	Min. des Affaires sociales
Orthophoniste	Quota	III	3	Cert. de capacité	Min. de l'Enseignement supérieur
Orthoptiste	Capacité d'accueil	III	3	Cert. de capacité	Min. de l'Enseignement supérieur
Pédicure-podologue	CA	III	3	Diplôme d'Etat	Min. des Affaires sociales
Manipulateur en électroradiologie	CA	III	3	Etat DTS	Min. des Affaires sociales Min. de l'Education nationale
Audioprothésiste	CA	III	3	Diplôme d'Etat	Min. de l'Enseignement supérieur
Opticien-lunetier	CA	III	2	BTS	Min. de l'Education nationale
Diététicien	CA	III	2	DUT BTS	Min. de l'Enseignement supérieur / Min. de l'Education nationale
Technicien en analyses biomédicales	CA	III	2	DUT BTS Etat	Min. de l'Enseignement supérieur / Min. de l'Education nationale / Min. des Affaires sociales
Préparateur en pharmacie hospitalière	Apprentis	III	20 semaines	Préfet de région	Hospices civils de Lyon
Aide-soignant (DPAS)	CA	V	1	Dipl. professionnel	Min. des Affaires sociales
Auxiliaire de puériculture (DPAP)	CA	V	1	Dipl. professionnel	Min. des Affaires sociales
Ambulancier	CA	V	3 mois	Cert. de cap.	Min. des Affaires sociales

10 300 étudiants rhônalpins se répartissent sur 48 d'établissements mais cette répartition est inégale puisque les trois quarts des diplômes concernent des formations d'infirmiers (45%) et d'aides-soignants (31%), soit en 2002-2003 70% des étudiants infirmiers et 15% d'étudiants aides-soignants. La prise en charge financière des formations se fait de plusieurs manières :

- par des bourses d'Etat, pour un quart d'entre eux ;
- par la promotion professionnelle hospitalière, pour 10% des étudiants ;
- par des allocations d'études versées par le Conseil régional ou le Conseil général.

Ces aides sont inégalement réparties selon les diplômes : là aussi, essentiellement pour les aides-soignants et les infirmiers.

⁸ Voir le rapport Ithaque pour le Conseil régional, novembre 2004

➤ Les formations sociales

12 diplômes du secteur social en Rhône-alpes, concernés par le transfert

Diplômes	Libellés	Niveau	Durée	VAE	Délivrés par
DEAVS	Auxiliaire de vie sociale	V	1A	X	Min. des Affaires sociales
CAFAMP	Aide Médico psychologique	V	2A		Min. des Affaires sociales
CAFME	Moniteur éducateur	IV	2A		Min. de l'Education nationale
DETISF	Technicien de l'intervention sociale et familiale	IV	1A après BTS		Min. des Affaires sociales
DEASS	Assistant de service social	III	3A		Min. des Affaires sociales
DCESSF	Conseiller en économie sociale et familiale	III	1A après un BTS		Min. de l'Education nationale
DEEJE	Educateur jeunes enfants	III	3A		Min. des Affaires sociales
DEES	Educateur spécialisé	III	4A	X	Min. de l'Education nationale
CAFETS	Educateur technique spécialisé	III	3A		Min. de l'Education nationale
CAFERUIS	Encadrement et responsable d'unité d'intervention sociale	II			Préfet de région
DSTS	Diplôme supérieur en travail social	II	3A		Min. des Affaires sociales / Min. de l'Education nationale
CAFDES	Directeur d'un établissement social ou de service d'intervention sociale	I	3A		Min. des Affaires sociales

Les flux de formés demeurent modestes même si l'on constate une croissance des effectifs et que les prévisions sont à la hausse (1700 étudiants en 1^{ère} année en 2003), toutefois variables selon les diplômes. Le public est formé d'étudiants, de demandeurs d'emploi et de formation en situation d'emploi (31% en 2000). La prise en charge financière des formations est faite par des bourses d'Etat (pour 11% d'entre eux), de rémunérations du Conseil régional et du Conseil général, de contrats de qualification, CIF, emplois jeunes, apprentissage, etc.

➤ Les établissements de formation en Rhône-Alpes

Les établissements de formation relèvent de trois statuts :

- *Ceux agréés par la DRASS* : ils sont au nombre de 85 en Rhône-Alpes, dont 48 qui ne dispensent que des formations sanitaires, 30 des formations sociales et 6 les deux, et proposent 161 formations. La plus grande capacité d'accueil des établissements se concentre sur le département du Rhône (38%), puis sur l'Isère et la Loire. Ces établissements pratiquent pour la majorité d'entre eux, des tarifs libres.
- *Ceux sous statut Education nationale* : ils concernent essentiellement trois diplômes de niveaux V, IV et III du secteur social⁹ et ont accueilli 21 876 étudiants en 2003 dans les 2 académies de la région mais depuis 4 ans, les effectifs connaissent une baisse régulière malgré, semble-t-il, une forte demande pour ces sections. La principale voie d'accès est la voie scolaire ; une part faible est faite à l'apprentissage.
- *Ceux relevant de l'enseignement supérieur* : ils dispensent en grande majorité des formations paramédicales (2/3 des formations), dans 5 universités rhônalpines avec une prédominance de

⁹ CAP petite enfance, BEP Carrières sanitaires et sociales, Bac technologique sciences médicales et sociales

Lyon I, et comptabilisent 2200 étudiants en 2003. Les effectifs sont concentrés essentiellement en 1^{er} cycle (64% des étudiants), 10% en second cycle et 26% en 3^{ème} cycle. Les Universités développent également de la formation continue depuis quelques années.

Un enjeu très important porte sur la capacité de l'offre de formation régionale à répondre aux besoins de formation des secteurs sanitaire et social. Cela implique de bien connaître en amont les **besoins de personnel des employeurs à plus ou moins longue échéance, leurs flux** (départs à la retraite, mobilité interne, professionnelle ou géographique) de façon à mettre en œuvre une offre de formation de qualité, quantitativement suffisante. Cette approche devra être nécessairement **prospective**.

2. Un mode de fonctionnement : le système de conventionnement et des quotas

La plupart des formations du secteur de la santé sont encadrées par un système de *numerus clausus* ou de quotas, fixés par l'Etat, qui repose sur des paramètres objectifs : pyramide des âges, corrélation entre le nombre d'habitants, les âges et les besoins en soins. Il reviendra à la Région de les répartir. Ce système introduit donc des effets pervers tels que le décalage dans le temps pour l'adaptation aux nouveaux besoins (entre 3 et 10 ans selon le rapport Chevreul). De même, les diversités des cadres d'emplois et les nombreuses sorties en cours de carrière rendent difficile la prospective de ces professions sur le marché du travail.

Mais, depuis une trentaine d'années, l'appareil de formation a tenté de se structurer pour être en mesure de répondre aux besoins croissants de qualification et favoriser l'accès à l'emploi de personnes souhaitant s'engager dans les métiers de l'action sociale et de la santé. Il a su tout à la fois s'adapter aux besoins nouveaux des formations et à leur évolution (nouveaux diplômés, réformes des diplômés, diversification des voies d'accès), faire face aux variations quantitatives (comme lors de la mise en œuvre dans des délais très courts des dispositifs de formations en faveur des emplois-jeunes), et à l'augmentation des quotas (comme ceux des infirmiers en 2001).

Les organismes de formation ont su faire face à ces évolutions, tant qualitatives que quantitatives, en s'appuyant sur l'organisation et la structuration de leurs réseaux, constitués sur le principe de la mutualisation et de la régulation. Mais la Région devra veiller à un maillage territorial cohérent des différentes écoles de formation afin de favoriser et de faciliter l'accès à la formation de tous, sur l'ensemble du territoire.

Certains centres de formation attirent l'attention sur l'évolution et la fluctuation des quotas et ses conséquences éventuelles sur la structuration de l'appareil de formation :

- risque d'éparpillement et d'éclatement de l'appareil de formation dans un marché qui deviendrait concurrentiel et qui fragiliserait financièrement les organismes de formation actuels.
- risque de désorganisation de la gestion des ressources humaines des organismes de formation, qui repose sur des personnels qualifiés (de niveau I et II sur des contrats CDI) issus des secteurs professionnels. Cela nécessiterait de faire appel à des vacataires pour des enseignements aujourd'hui assurés par des personnels permanents, à partir de projets pédagogiques.

Proposition du CESR : la régulation, la structuration et la qualité de l'offre de formation passant par la définition d'exigences, le CESR propose la **définition de critères éthiques de sélection des organismes de formation dans le cadre des appels d'offres. Ces critères devraient tenir compte de la qualité pédagogique des organismes, du contenu des formations lié aux valeurs dont ces métiers sont porteurs (responsabilisation et respect de l'autonomie des personnes accompagnées...)**

3. Les enjeux liés à l'intégration des formations sanitaires et sociales dans le PRDF

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales affirme le rôle de chef de file de la Région en matière de politique de formation professionnelle, et rappelle que la Région doit adopter un PRDF¹⁰ qui inclut un volet schéma régional des formations sanitaires et sociales. Le PRDF fait suite aux premières lois de décentralisation et a pour objet «*la programmation à moyen terme des réponses aux besoins de formation, permettant un développement cohérent de l'ensemble des filières de formation et prenant en compte les réalités économiques régionales et les besoins des jeunes de manière à leur assurer les meilleures chances d'accès à l'emploi*» (article 52 de la loi quinquennale du 20 décembre 1993 relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle). Il s'agit d'un document cadre pour l'ensemble des compétences régionales en matière de formation et d'orientation des jeunes et des adultes depuis 2002. Le PRDF couvre donc le champ de la formation initiale et continue.

La Région peut s'appuyer sur les deux schémas régionaux élaborés par la DRASS, qui encadrent les grandes orientations en matière de formations sociales, et des infirmiers et cadres de santé. Le rapport Ithaque en rappelle les grands objectifs :

- ① pour le *schéma régional des formations sociales en Rhône-Alpes*, avril 2002 - juin 2005 :
 - Renforcer l'adéquation entre emplois et formations
 - Poursuivre l'effort de structuration de l'appareil de formation des formations sociales du ministère de l'emploi et de la solidarité
 - Améliorer l'accès aux formations sociales
 - Conforter l'alternance pédagogique
 - Optimiser les compétences des centres de formation
 - Affirmer des priorités en matière de formation continue

- ② pour le *schéma des formations des infirmiers, infirmiers spécialisés et cadres de santé*, 2002-2006
 - Améliorer l'accès à la formation initiale et continue des soins infirmiers
 - Elargir le champ de compétences et d'intervention des instituts de formation
 - Améliorer le dispositif d'alternance
 - Améliorer le pilotage général du dispositif de formation

Toutefois, la Région Rhône-Alpes devra répondre à des **enjeux** plus vastes :

- **prendre en compte l'appareil de formation dans sa globalité** : du niveau V au niveau I, avec des passerelles entre le sanitaire, le social et le médical, en associant le public au privé, mais aussi en intégrant les formations sanitaires et sociales à l'ensemble du dispositif régional de formations, initiale et continue
- **maintenir la cohérence de l'appareil de formation, la préservation de sa qualité, de son efficacité et de sa capacité d'adaptation** face aux besoins croissants de personnels qualifiés. L'augmentation induite de l'offre de formation suppose un développement diversifié, cohérent et complémentaire des différentes voies d'accès à la formation en région. Cela suppose aussi que l'Education nationale **assure la continuité de ses filières de formation** (sanitaire ou sociale - du CAP au bac professionnel par exemple), et **diversifie son panel de formations** sur le territoire (ce qui nécessite parfois d'ouvrir des sections) pour faire face aux besoins croissants d'emplois
- **favoriser et faciliter l'accès à la formation de tous sur l'ensemble du territoire**, en s'appuyant sur les nouveaux dispositifs CTEF¹¹, tout en veillant à la cohérence régionale

¹⁰ Plan régional de développement des formations professionnelles

¹¹ Contrat territoriaux emploi formation

- organiser une **concertation approfondie** entre l'ensemble des acteurs, pour coordonner leurs différents points de vue sur les demandes de formation et la réalité différenciée des territoires quant aux besoins des professionnels (voir la proposition suivante sur le partenariat), en vue de participer à l'établissement de l'offre de formation des deux secteurs concernés.

La régulation des flux et de l'offre de formations nécessitera que la Région se dote de moyens propres : un outil d'observation et un lieu de concertation.

B. La mise en place de la fonction d'observation au niveau régional

Proposition : Le CESR juge indispensable la mise en place par la Région d'une fonction d'observation, pour lui permettre de définir et d'assurer efficacement le pilotage de sa politique, à partir d'une évaluation des besoins en termes de :

- problématiques sociales et de population ;
- emploi et qualification ;
- compétences et formation.

Il ne s'agit pas de créer un observatoire supplémentaire, mais de **mettre en place un dispositif permettant de capitaliser l'ensemble des données détenues par les acteurs concernés** et d'avoir une vue d'ensemble des besoins, que l'éparpillement actuel des sources d'information ne favorise pas. L'objectif est d'assurer une bonne adéquation de l'offre de places de formation et des besoins de formation exprimés par les employeurs des personnels formés ; ceci tant en qualité et quantité qu'en répartition territoriale.

L'observation devrait porter sur la pertinence de l'offre en vérifiant que :

- les places offertes sont pourvues, avec l'analyse des disparités territoriales éventuelles ;
- les diplômés aient trouvé un emploi par exemple dans les 6 mois de leur sortie de formation, dans le secteur sanitaire et social.

Les thèmes suivants devraient ainsi faire l'objet d'un suivi régulier :

- cursus des publics en formation (abandon, changements d'orientation...). A cet égard, une étude des échecs et des orientations vers d'autres secteurs serait sans doute riche d'enseignements
- conditions d'insertion et trajectoire professionnelle
- suivi de cohorte et d'évolutions de carrière
- évolutions des métiers et des besoins en personnels qualifiés
- évolutions des filières de formation
- ...

Cet « outil d'observation » doit présenter, selon le CESR, une double caractéristique :

① **Un outil nécessairement partenarial** : la Région doit **définir une méthode** associant les institutions et organismes régionaux impliqués dans la formation des professionnels de ces secteurs.

Dans le secteur sanitaire, l'Observatoire régional de la démographie des professions de santé constitue un lieu privilégié d'échange et de discussion sur ce sujet ; il rassemble en effet la DRASS, l'Observatoire régional de la santé, l'URCAM, des représentants des universités et des établissements, ainsi que l'Agence régionale de l'hospitalisation. Dans l'avant-projet de schéma régional d'organisation sanitaire (SROS 3) pour la période 2006-2010, l'ARH se proposait d'organiser des liens avec les organismes et instituts régionaux compétents dans le domaine de la formation des professionnels de santé, pour « articuler au mieux les besoins de formation avec les disponibilités régionales ».

Dans le secteur social, les Départements seront des interlocuteurs incontournables puisqu'ils seront associés au recensement des besoins de formation à prendre en compte pour la conduite d'actions sociale et médico-sociale¹².

Pour les deux secteurs, ce dispositif devra associer les organismes de formation qui ont des compétences d'expertise dans l'approche méthodologique de l'évaluation et des compétences à articuler métiers/emplois/qualification au regard des connaissances qu'ils ont du secteur sanitaire et social.

② **Un outil prospectif** : cette démarche qui vise à éclairer les choix de la Région pourrait porter sur :

- l'appréciation du nombre de places à créer ou à supprimer par les employeurs du secteur.
- l'évolution des métiers permettant une adéquation continue des référentiels de métiers.

Proposition : En vue de développer cette véritable expertise sur la question de l'évolution des besoins, le CESR propose que le **cluster Recherche n°12 sur « les dynamiques sociales et territoriales »** joue ce rôle et croise les informations avec les pratiques sociales. La Région pourrait favoriser l'articulation entre la recherche et les formations sanitaires et sociales, en tentant de comprendre, d'expliquer voire d'anticiper les problématiques sociales, les pratiques d'interventions sociales ou sanitaires et les pratiques institutionnelles qui accompagnent le changement.

Par ailleurs, ce cluster pourrait travailler aux causes des phénomènes d'échecs, d'abandons en cours de formation et de changements d'orientation, voire de non exercice du métier après formation.

C. La nécessité du partenariat

Pour exercer les nouvelles compétences qui lui incombent et au regard des enjeux, la Région devra s'appuyer sur un diagnostic partagé des besoins pour impulser une politique globale et régionalisée des formations sanitaires et sociales. Cela nécessitera de développer des formes nouvelles de partenariat avec les autres acteurs appelés à intervenir dans le champ.

Ces relations à nouer doivent tenir compte de la nature des missions que ces acteurs exercent :

- mission politique, pour la définition d'orientations stratégiques et la construction des politiques ;
- financement ;
- mission opérationnelle, pour la mise en œuvre des dispositifs et des actions.

1. Les acteurs du partenariat

Suivant les problématiques abordées (observation, recensement des besoins, régulation des flux...) et suivant des formes qui pourront varier, le partenariat devra nécessairement impliquer :

- les administrations concernées de l'Etat (DRASS, Education nationale, Agence régionale de l'Hospitalisation ; service public de l'emploi...) ;
- les collectivités territoriales, au premier rang desquelles les départements ;
- les employeurs ;
- les partenaires sociaux des professions concernées ;
- les organismes de formation ;
- les organismes paritaires collecteurs agréés (UNIFAF, UNIFORMATION).

Le CESR souhaite mettre l'accent sur les points suivants.

- **L'Etat** reste un acteur à part entière dans le domaine de l'action sociale et de la santé, à travers les ministères (Emploi, travail, cohésion sociale ; Santé et affaires sociales ; Education nationale, Agriculture) et ses services déconcentrés.

¹² article 53 de la loi du 13 août 2004

Avec les Directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS), le partenariat est nécessaire :

- dans le secteur social, pour articuler la déclaration préalable faite par les établissements de formation auprès de la DRASS et la procédure d'agrément ;
- dans le secteur sanitaire, pour articuler la définition par l'Etat des quotas par région et l'élaboration du PRDF.

La mission régionale de la santé (ARH et URCAM) devra être impliquée. Le CESR a déjà eu l'occasion de souligner l'importance qu'il accorde au dialogue qui devra se nouer entre l'Agence régionale d'Hospitalisation (ARH), responsable de l'organisation sanitaire et la Région, responsable de l'organisation et du financement de ces formations, notamment pour participer à l'évaluation des besoins en formation.

• **Les Conseils généraux** sont, depuis les premières lois de décentralisation, les acteurs majeurs de l'action sociale. La loi du 13 août 2004 rend leur implication indispensable pour l'organisation de l'offre des formations sociales :

- ils sont consultés par l'Etat sur la définition et le contenu des formations ;
- ils sont associés à la définition des besoins en matière de qualification et de formation ;
- ils peuvent se voir déléguer par la Région la compétence d'agrément des établissements de formation initiale.

• **Les organismes de formation** doivent être considérés par la Région, non pas seulement comme des prestataires, mais comme des partenaires à part entière, pouvant faire valoir les réseaux qu'ils ont développés, les compétences et la capacité d'expertise qu'ils représentent, la connaissance des secteurs professionnels dont ils sont porteurs.

• En dehors des Conseils généraux, eux-mêmes employeurs importants, **les employeurs** du secteur sanitaire et social s'inscrivent dans un « paysage » très fragmenté, en raison des différences de taille, de statut. Ils se retrouvent dans les grandes fédérations que sont notamment : la FRASSAD (aide à domicile), l'ADMR (aide à domicile en milieu rural), la FHP (hospitalisation privée), la FEHAP (établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif), l'UNIFED (employeurs sans but lucratif du secteur sanitaire, médico-social et social), etc.

2. Lieux, instances et outils du partenariat

Pour l'élaboration de sa politique en faveur des formations sanitaires et sociales et pour l'élaboration des schémas dans ces deux domaines, la Région a déjà mis en place une large concertation, à laquelle le CESR a été en partie associé et dont les dispositions peuvent se résumer de la façon suivante :

- L'élaboration des deux schémas (formations sanitaires et formations sociales) s'appuie sur plusieurs instances : le comité de coordination régional de l'emploi et de la formation professionnelle (CCREFP) et sa commission PRDF ; des groupes « domaines » : Parcours et publics, Branches et secteurs, Territoires.
- La Région entend prolonger la concertation menée en 2005 en organisant chaque année des « rencontres régionales des formations sanitaires et sociales » associant les acteurs les plus directement concernés autour de réflexion sur les enjeux et les évolutions du secteur.
- Dans la continuité de la concertation organisée en 2005, la Région entend instituer une « conférence des partenaires du secteur », qui réunira les employeurs et les financeurs et qui développera une approche par les métiers.

Le CESR tient à formuler plusieurs observations :

- **Le comité de coordination régional de l'emploi et de la formation professionnelle (CCREFP)** constitue, selon lui, un véritable lieu de coordination ayant compétence sur l'ensemble du champ de l'orientation et de la formation. Outre ses missions de diagnostic, d'étude..., il doit aussi avoir un rôle d'anticipation et de définition des objectifs stratégiques. A ce titre, les enjeux, les orientations de la politique en matière de formations sanitaires et sociales doivent légitimement y être traitées et devront continuer à l'être une fois les schémas des formations sanitaires et sociales adoptés.
- Le CESR approuve la proposition avancée par la Région de mettre en place **une conférence des financeurs et des employeurs**, y compris des représentants des professions libérales.
- Le CESR s'interroge : au-delà des rencontres annuelles des formations sanitaires et sociales, dans quels lieux ou dans quelles instances les organismes peuvent-ils se retrouver pour réfléchir ensemble, avec l'appui de la Région, à la mise en œuvre d'innovations pédagogiques, de transversalités entre les formations comme le souhaite le CESR (cf. *infra*) ?

III. L'organisation des formations

A. *Une frontière floue entre formation initiale et formation continue*

La frontière entre la formation initiale et la formation continue est fluctuante. Les concepts font l'objet d'**approches différentes** de la part des acteurs de la formation.

Une première approche tend à considérer comme formation initiale toute formation qui conduit à un diplôme ou une certification ; c'est la conception retenue notamment par les organismes de formation et le ministère des affaires sociales. Ainsi, des dispositifs de formation de niveau III avec maintien dans l'emploi sont considérés comme formation initiale, bien qu'elles soient financées sur des fonds « formation continue » (employeurs, OPCA, CIF).

Une deuxième approche s'attache au statut de la personne en formation : une distinction est faite entre étudiant et stagiaire de la formation continue. Toute formation financée par des employeurs, OPCA, CIF, ou dans le cadre de dispositifs publics relève de la formation continue, quelle que soit la nature de la validation de la formation. C'est la conception du Conseil régional, des ministères du travail et de l'Education nationale.

Cette distinction pose problème pour deux types de publics, les faisant fonction et ceux non qualifiés mais désireux de s'inscrire dans des dispositifs de pré qualification puis de qualification. Comme les besoins en qualification sont toujours aussi importants et que les financements en formation continue ne permettent pas de les couvrir malgré l'augmentation des quotas, le recours à l'entrée en formation initiale peut être une solution, mais avec le risque d'une sélection plus sévère voire d'une perte de revenus. D'autres peuvent préférer la solution d'attendre une place en formation continue, ce qui ne résout pas la question des besoins à court terme en personnels qualifiés. Enfin, le dispositif régional de « promotion sociale et professionnelle » est restrictif dans la mesure où les personnes doivent effectuer leur formation en dehors du temps consacré au travail ou à la recherche d'emploi. Il conviendra donc de dépasser la définition classique de formation initiale et professionnelle pour résoudre la question de la qualification et de la professionnalisation des employés.

B. L'accès aux formations

1. Pour une meilleure connaissance des métiers des secteurs sanitaire et social

Deux constats doivent être faits :

D'une part, **l'ambivalence de l'image attachée aux métiers** de la santé et du secteur social :

- Ces métiers conservent un certain attrait auprès des jeunes, notamment en raison des valeurs dont ils sont porteurs (solidarité, justice...), avec toutefois quelques nuances à apporter :
 - l'humanitaire semble désormais motiver davantage que le social et la « solidarité de proximité » ;
 - pour les carrières de santé, l'avant-projet de SROS 3 relevait une désaffection des jeunes en général¹³. Plus particulièrement, le rapport du cabinet Ithaque fait quant à lui ressortir la faible attractivité du secteur du handicap adulte et du secteur des personnes âgées, faible attractivité qui se traduit par des difficultés de recrutement.
- Dans le même temps, ils sont l'objet, de la part de la société dans son ensemble, de stéréotypes marqués : l'assistante sociale « place les enfants » ; l'éducateur ou le travailleur social travaillent forcément « dans la rue »...

D'autre part, on constate **un phénomène important de déperdition en formation et en cours d'exercice** : nombre de jeunes commencent leur formation sans vraiment connaître les conditions d'exercice - souvent exigeantes - des métiers auxquels ils se préparent ; confrontés à des réalités de terrain parfois difficiles, ils préfèrent renoncer en cours de formation. Des professionnels préfèrent renoncer à l'exercice de leur métier devant ces mêmes réalités et face au manque de reconnaissance en termes de salaires.

L'image de certains secteurs et métiers, les conditions de vie associées (contraintes horaires par exemple), l'absence de perspectives d'évolution de carrières ou de mobilité professionnelle et les conditions de rémunérations contribuent donc au manque d'attractivité des professions sanitaires et sociales. Pour la restaurer, une des clés sera de proposer de véritables parcours professionnels en introduisant des passerelles : entre les diplômes, entre les filières et entre les différents segments du marché du travail via la VAE lors d'une mobilité professionnelle. Elle pourra porter également sur la mise en œuvre d'une véritable qualification conforme aux besoins, d'une attribution d'une équivalence des diplômes Bac+3 pour bénéficier de la réforme LMD, et sur les conditions de travail et de rémunérations.

Proposition :

Un plan de promotion de ces métiers doit être développé au niveau régional ; leur image est à valoriser auprès des jeunes, de leurs familles et des enseignants. Cet effort de communication et d'explication doit porter principalement :

- sur **le contenu de l'activité professionnelle** dans les domaines de la santé et de l'action sociale, pour éviter toute illusion et toute déception. Les conditions d'exercice restent très différentes au sein d'un même métier, voire d'une même spécialité.

A titre d'exemple, dans le domaine de la santé : pour les infirmières, ces conditions peuvent être ou n'être que peu compatibles avec la vie personnelle ou familiale ; elles ne sont pas de même nature pour une infirmière en bloc opératoire et pour une infirmière en ambulatoire. De même, elles varient de façon significative pour une infirmière - puéricultrice, si elle exerce en service de néonatalogie ou dans un service de protection maternelle infantile (PMI).

- sur les **cursus et lieux de formation** correspondants, souvent complexes et peu lisibles

¹³ Avant-projet de SROS 3 pour Rhône-Alpes (Partie I - Un schéma pour répondre aux besoins des Rhônealpins)

Dans le cadre des actions qu'elle conduit dans le domaine de l'orientation, la Région à travers le **PRAO devrait jouer un rôle important en faveur de la promotion et de la connaissance de ces métiers**. Un rapprochement avec les CIO, les Conseils généraux et tout autre partenaire pourrait s'organiser pour proposer un travail spécifique sur ces deux secteurs, notamment à l'occasion du Mondial des Métiers.

De même, les **Conseils généraux** doivent s'emparer des nouveaux outils d'information sur les métiers comme la classe découverte en troisième au collège pour participer au plan de promotion sur les métiers du secteur sanitaire et social.

2. Conditions d'accès aux formations : coût et formalités

• **Harmoniser et homogénéiser les conditions d'inscription aux concours :**

La plupart des candidats procèdent le plus souvent par inscription multiple auprès de différents établissements de formation ; or, l'on sait que plus un centre de formation génère de l'attractivité, plus il y aura d'échec car un grand nombre de candidats se présenteront aux épreuves de présélection. Cela va à l'encontre de l'esprit de la loi de lutte contre les exclusions compte tenu du fait que les coûts d'inscription peuvent constituer un frein à l'accès à la formation.

Proposition : Instaurer l'acquittement d'un **droit d'inscription unique**, commun à l'ensemble des établissements de formation de la région.

• **La sélection à l'entrée dans les écoles**

L'objectif pédagogique de la sélection vise à apprécier les capacités intellectuelles, culturelles et les acquisitions des candidats en vue d'une admission dans un parcours de formation. Or, avec le système de quota de places instauré par l'Etat pour entrer dans les écoles de formation en sanitaire et social, cela conduit à un classement des meilleurs résultats et à réserver l'entrée à ceux-là, transformant ainsi la sélection en concours. Parallèlement, les centres de formation sont attachés à des processus de sélection spécifiquement adaptés à leurs projets pédagogiques, non standardisés.

Proposition : Conscient du manque de lisibilité, le CESR propose de clarifier la procédure de sélection à l'entrée dans les écoles par la production d'un **document commun présentant** l'ensemble des **centres de formation**, les formations proposées et les **processus de sélection**. Ce document pourrait être établi en partenariat avec le PRAO, avec un financement régional.

• **Le statut de la personne en formation**

A la différence d'autres formations, les formations sanitaires et sociales ont quelques spécificités :

- la diversité des statuts : étudiants, salariés, demandeurs d'emplois, etc.
- la diversité de la prise en charge des coûts de formation (exemple des assistants de service social pris en charge par l'Etat, et des aides-soignants non pris en charge par l'Etat dans les établissements relevant du ministère de la santé)
- des populations exclues des systèmes de bourses d'Etat parce que leur formation n'est pas considérée comme initiale : psychomotricien, anesthésiste, infirmier de bloc opératoire, puéricultrice, ambulancier
- certaines formations, considérées comme initiales lorsqu'elles sont faites par l'Education nationale, sont gratuites et bénéficient des bourses alors que, lorsqu'elles sont dispensées dans un établissement relevant du ministère de la santé, celles-ci deviennent payantes et ne permettent pas l'accès aux bourses (cas des aide-soignants)
- des diversités de niveaux d'études avant formation qui créent des disparités importantes au niveau des aides dans une même formation (exemple des ambulanciers avec des jeunes sans bac de niveau V et des personnes en reconversion avec master)

Ce n'est donc pas le statut d'étudiant qui déclenche l'obtention d'une bourse mais bien le caractère initial de la formation.

Au niveau des bourses elles-mêmes, on constate que les systèmes ne sont pas harmonisés entre les ministères en charge de la santé et des affaires sociales ni entre ces ministères et l'Education nationale (exemple : elles n'ont pas les mêmes taux de référence et le taux zéro qui permet les frais d'inscription et la sécurité étudiante gratuits n'existe pas dans le sanitaire).

Les Régions sont compétentes pour attribuer des aides aux élèves et étudiants ; outre les bourses traditionnelles, ces aides peuvent servir au financement de frais, d'hébergement, de restauration et de transport.

Proposition : Sécuriser le statut de la personne en formation, ce qui suppose de :

- **Respecter le principe d'équité et d'égalité de traitement et de situation**, notamment pour les élèves des formations sanitaires et sociales qui doivent pouvoir continuer de bénéficier du statut d'étudiant et des mêmes aides que les autres étudiants (cas du taux zéro par exemple¹⁴) ; et d'harmoniser les critères d'attribution des bourses post niveau V au regard des autres étudiants rhônalpins

- Redéfinir les formations qui relèvent de la formation initiale et celles de la formation professionnelle

- Croiser le statut personnel des publics et le type de formation (initiale ou non) pour appréhender de façon plus juste le droit et le niveau des aides

- Identifier clairement les publics exclus de toute aide financière et leur porter une attention particulière ainsi qu'aux personnes de niveau V

C. *Le contenu des formations*

1. **La transversalité dans les formations**

Deux constats ont conduit le CESR à réfléchir à la possible mise en œuvre de transversalité dans les formations sanitaires et sociales :

- La complexification des problèmes à traiter, qui font de plus en plus intervenir le social, le médico-social et le sanitaire, oblige les soignants et les travailleurs sociaux à développer des modalités d'intervention favorisant une approche plus globale des publics ; ils doivent pouvoir combiner leur action avec celle d'une multiplicité de partenaires, intervenant ou susceptibles d'intervenir auprès des mêmes publics.
- Un phénomène d'usure affecte les professionnels de ces secteurs et rend difficile l'exercice de ces métiers dans la durée. D'où un *turn over* important constaté dans ces professions, que le rapport Ithaque fait ressortir parmi les facteurs de tension du marché du travail dans les secteurs sanitaire et social.

L'enjeu est d'abord de décloisonner les formations et de développer des passerelles entre les filières et les spécialités :

- pour progresser dans la qualification ;
- pour offrir aux professionnels des perspectives de carrière ;
- pour permettre des changements d'orientation professionnelle.

¹⁴ Il s'agit d'une attribution octroyée par le Crous lorsqu'elle ne génère pas de versement de mensualités de bourse attribuée suivant les ressources et les charges parentales, en application d'un barème national annuel et des critères de poursuite d'études. L'échelon 0 permet toutefois l'exonération des droits d'inscription et de sécurité sociale

L'enjeu est aussi de favoriser la formation des formateurs, compte tenu des évolutions que connaît le secteur sanitaire et social et des évolutions des besoins de qualifications qui en découlent.

Cette recherche de transversalité doit être promue à plusieurs niveaux :

- à l'intérieur de chacun des secteurs, sanitaire et social ;
- entre le sanitaire et social ;
- du secteur sanitaire et social vers d'autres secteurs d'activité.

Dans le cadre des programmes tels qu'ils sont définis de façon réglementaire, cette transversalité devrait porter sur les problématiques communes aux secteurs, les techniques d'approche et d'observation, ainsi que sur les fondamentaux des métiers du sanitaire et social, le droit, la gestion, l'économie, l'organisation du travail...

Proposition : Par le biais du conventionnement, la Région peut inciter les établissements à développer une réflexion sur la transversalité à mettre en œuvre dans les formations.

Devant l'évolution des métiers et des contextes dans lesquels ils s'exercent, et en appui également à la proposition précédente, il est souhaitable d'aider à développer la mise à jour permanente des connaissances des formateurs et leur ouverture sur l'extérieur. **Faire participer les instituts de formation et leur personnel aux clusters de recherche concernés par le sanitaire et social peut être un moyen d'aller dans ce sens.**

2. L'ouverture sur l'international et le multiculturalisme

Les métiers du secteur sanitaire et social sont confrontés, peut-être plus que les autres, à la dimension multiculturelle de notre société.

Des conventions ou des accords de coopération entre instituts de formation devraient permettre à des étudiants d'effectuer une partie de leurs formations ou de leurs stages à l'étranger.

De même, des conventions pourraient être passées avec des universités pour l'organisation de formations ou d'initiatives centrées sur des mises en situation autour du multiculturalisme, des habitudes, des modes de vie et des niveaux de vie.

La VAE devrait prendre en compte ces différents éléments réalisés dans le cadre de cette famille de formations ou d'autres formations.

3. L'organisation des stages

Pour la connaissance des métiers et l'apprentissage de la culture professionnelle, les stages occupent une place importante dans tous les cursus de formation, et plus spécifiquement pour les formations en alternance et en apprentissage.

Quelques **constats** sur l'organisation des stages méritent d'être rappelés :

- Des difficultés rencontrées pour l'organisation des stages, soulignées par la plupart des intervenants auditionnés par le CESR : le manque de lieux de stage, des stages de qualité et diversifiés, l'insuffisance de l'encadrement ; ces difficultés sont amplifiées du fait de l'augmentation des quotas.
- Des difficultés rencontrées par les stagiaires : l'hébergement et le transport, du fait de l'éloignement entre le lieu de formation et le lieu de stage.
- Des disparités dans la prise en charge des frais de stage. A titre d'exemple : les infirmiers et manipulateurs radio sont aidés conformément à l'arrêté du 28/09/2001 ; les sages-femmes ou les kinésithérapeutes n'ont aucune indemnisation.

L'enjeu pour la Région est principalement de développer une politique d'accueil et d'encadrement des stagiaires,

- en définissant des exigences par rapport aux enseignants et aux employeurs ;
- en valorisant le tutorat, en renforçant la formation des maîtres de stage et en favorisant leur disponibilité

Propositions : Le CESR avance quelques pistes d'actions à explorer :

- développer des lieux de stages dans le monde libéral ;
- inscrire dans le cadre du conventionnement avec la Région, l'exigence de la bonne qualité des stages ;
- examiner à quelles conditions, dans le cadre d'une démarche VAE, certains acquis professionnels pourraient être reconnus et exonérer la personne de l'obligation de certains stages ;
- développer l'aide de la Région en faveur de l'hébergement et de la mobilité géographique, conformément au dispositif régional d'aide au transport, à l'hébergement et à la restauration des apprentis.

D. La diversification des voies d'accès à la qualification

Pour mémoire, rappelons les différentes voies d'accès aux formations sanitaires et sociales :

- La formation initiale en voie directe
- La formation initiale en situation d'emploi
- L'apprentissage
- L'alternance
- Les contrats de professionnalisation
- La formation continue
- La VAE
- La formation ouverte à distance (FOAD)

Pour sa part, le CESR souhaite mettre l'accent sur deux d'entre elles.

1. Pour un développement de l'apprentissage et de l'alternance

La voie de l'apprentissage reste peu développée dans le secteur sanitaire et social, bien que les formations y soient basées essentiellement sur le principe de l'alternance. Il faut rappeler qu'une part importante des employeurs relève du secteur associatif et n'est pas assujettie à la taxe d'apprentissage.

Les expériences menées en Rhône-Alpes dans le secteur sanitaire et médico-social (pour les infirmières pour la Générale de santé, pour les auxiliaires de puériculture de la Ville de Lyon) restent limitées, à l'exception du secteur de la pharmacie avec 63% du total du BP de préparateur en pharmacie. Elles ne permettent pas de tirer des enseignements significatifs en vue de leur généralisation.

On distingue deux types d'établissements :

- Les lycées où l'apprentissage s'arrête au BTS ;
- Les centres de formation des apprentis (CFA) qui, en Rhône-Alpes, totalisent, pour l'ensemble des branches professionnelles, près de 30 000 inscriptions par an et dont le cursus s'arrête lui aussi en BTS.

Le CESR tient toutefois à rappeler **les avantages qu'il reconnaît à cette voie de qualification :**

- une plus forte implication des employeurs dans la démarche pédagogique ;
- une meilleure adaptation de la formation à l'évolution des métiers et du secteur professionnel ;
- la reconnaissance d'un statut pour la personne en formation ;
- une plus grande garantie d'insertion (rapide et efficace) à l'issue de la formation.

L'apprentissage offre des perspectives de rémunération à des jeunes issus du territoire d'implantation de la structure et participe à l'emploi local.

Propositions : Le CESR propose que, dans le cadre du PRDF, la Région ouvre avec les acteurs concernés (les professions et les employeurs) un véritable chantier de **réflexion sur les conditions du développement de l'apprentissage** dans les formations sanitaires et sociales, avec le souci de maintenir la cohérence et l'équilibre entre les différentes voies de formation.

Dans l'optique de renforcer l'offre de formation, la Région doit **inciter fortement les établissements de formation à entrer dans cette démarche** et à conduire une réflexion prospective sur les possibilités de développement de l'alternance.

2. Les perspectives ouvertes par la VAE

Instauré par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, le dispositif de la VAE offre, à toute personne ayant trois ans d'expérience, la possibilité de faire reconnaître son expérience acquise au travail ou dans sa vie personnelle en vue d'obtenir la totalité d'une certification.

La VAE apparaît comme **une voie d'accès à la qualification à part entière**, à partir de l'expérience.

Le 17 octobre 2005, **Rhône-Alpes a décliné le Protocole d'Accord régional conclu entre la Région, l'Etat et les partenaires sociaux en deux conventions particulières au secteur Sanitaire et Social :**

- l'une pour le secteur du travail social ;
- l'autre pour les professions paramédicales.

Le dispositif se met progressivement en place et devrait monter en puissance dans les années à venir :

- dans le domaine social, il concerne le diplôme d'Educateur spécialisé, de médiateur familial, d'assistant de service social, d'auxiliaire de vie sociale et de responsable d'unité d'intervention sociale ;
- dans le domaine sanitaire, la mise en œuvre est moins avancée ; elle concerne, depuis février 2005, le diplôme d'aide-soignant. Le CESR s'interroge sur la contrainte du nombre d'heures de formation incompressibles, contraire à la démarche VAE voulue par le législateur.

Rhône-Alpes devient ainsi une région pilote en la matière en France.

La VAE répond en effet à plusieurs préoccupations exprimées par le CESR :

- l'élévation des niveaux de qualification des professionnels, faire face aux difficultés de recrutement et accroître le volume et la diversité des emplois des deux secteurs ;
- la prise en compte des personnels « faisant fonction » ;
- le reclassement et la promotion sociale.

Les conditions de réussite de la VAE portent essentiellement sur les intervenants de l'offre de service VAE compte tenu de la complexité des métiers d'aides aux usagers. Ceux-ci doivent impérativement avoir une bonne connaissance et compréhension de ces métiers afin de bien appréhender l'expérience au regard des référentiels. De même, ils devront avoir une approche transversale des métiers et emplois du champ social et sanitaire.

D'autres conditions d'opérationnalité sont repérables :

- l'accueil, l'information et l'orientation des usagers ;
- l'accompagnement ;
- la politique de gestion des ressources humaines dans les petites entreprises, et surtout les plus petites.

Pistes :

- poursuivre l'effort d'incitation à **développer la procédure de VAE dans toutes les professions sanitaires et sociales** pour autoriser l'effet de levier attendu sur les évolutions de carrière et de professionnalisation, essentiellement sur les niveaux V ;
- conditionner la signature de **conventionnements avec les établissements au développement de la VAE**, notamment dans le cadre des conventions établies dans les CTEF ; ceci dans un souci de territorialité et de proximité pour faire face aux besoins croissants de ces deux secteurs ;
- sensibiliser les employeurs et les tutelles à la **croissance des rémunérations** consécutive à **l'élévation de la qualification attendue** des personnes.

IV. En guise de conclusion

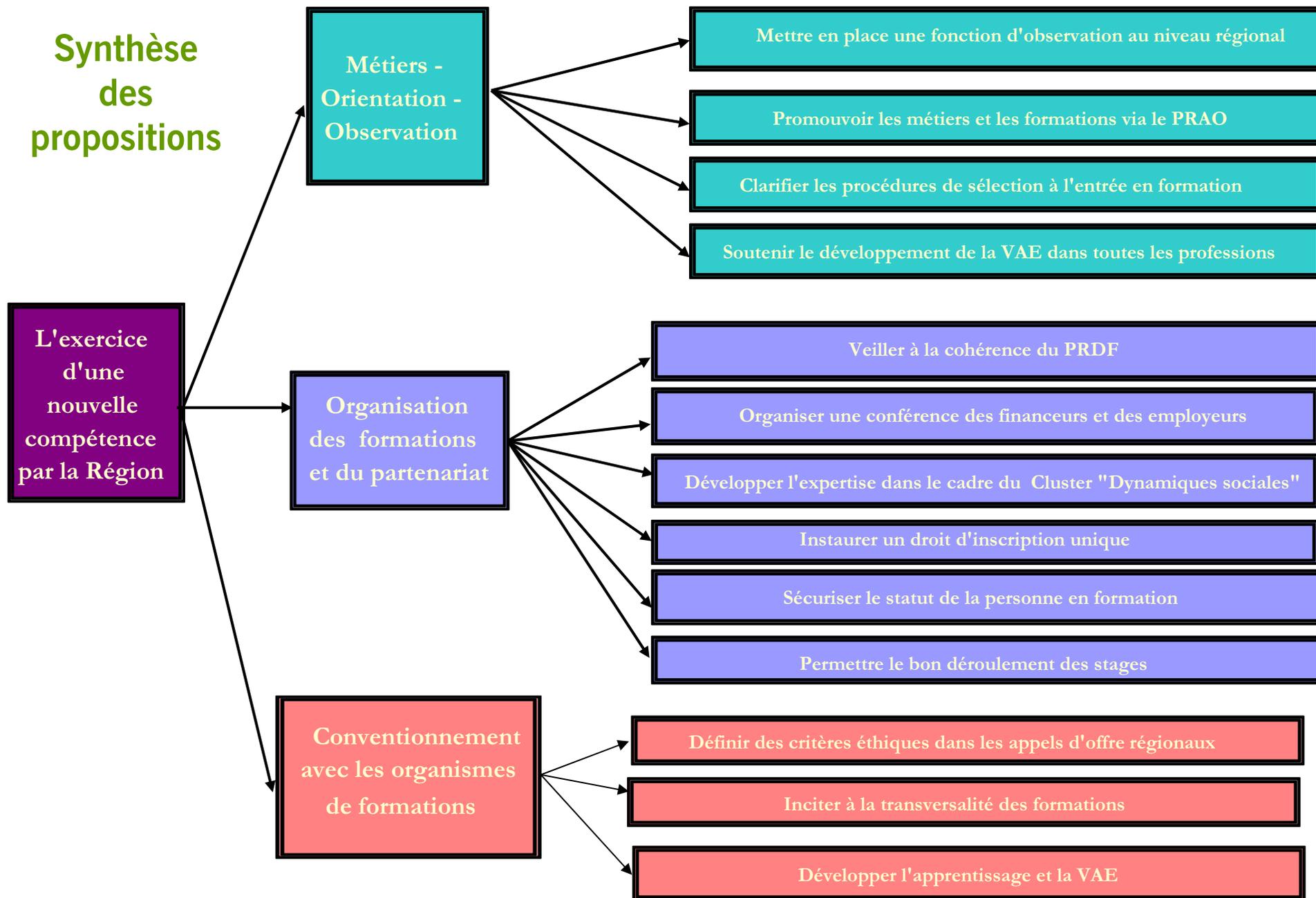
Dans les formations sanitaires et sociales, la formation initiale et continue, la rémunération des professionnels du secteur dépendent essentiellement de financements publics, nationaux et locaux, assurés par l'impôt ou les prélèvements sociaux.

Au cœur des enjeux de lutte contre les inégalités, d'accès aux droits fondamentaux, de solidarité territoriale et générationnelle, ces politiques publiques relèvent d'un choix de société et d'un engagement de l'Etat.

Les formations sanitaires et sociales ne sont pas une compétence dont le transfert était souhaité par les Régions ; pour autant, il s'agit de formation professionnelle ; elles entrent, à ce titre, dans le domaine de compétence régionale. L'implication du Conseil régional dans ce secteur d'activité trouve sa pertinence si l'on considère :

- le poids relatif de ces emplois dans l'ensemble des emplois de la région : 220 000 emplois aujourd'hui et une forte croissance prévisible dans les années qui viennent ;
- l'importance de ce domaine d'activité dans l'aménagement du territoire régional, son implantation de proximité de l'ensemble des territoires rhônalpins ;
- la place et le rôle de ces emplois pour la cohésion sociale d'une région qui se veut solidaire et citoyenne.

Synthèse des propositions



ANNEXES

AUDITIONS
réalisées par le Groupe de travail

Mme Brigitte BOYER, chargée du développement social, Conseil général de la Savoie

M. Joël CADIERE, administrateur Ecole Santé Social du Sud-Est

M. François CHARMETANT, président national d'UNIFAF

Mme Françoise DANA, directrice générale de Ecole Santé Social du Sud-Est

Mme Madeleine DELRIEU, directrice du personnel et des affaires sociales des Hospices civils de Lyon

Mme Patricia DESBROSSES, directrice du département santé Ecole Santé Social du Sud-Est

M. Jean-Rolland FONTANA, directeur de la Protection de l'enfance, Conseil général de la Haute-Savoie

Mme GACHET, responsable du pôle « ressources » de la direction de l'enfance, à la Ville de Lyon

Mme GENESSEY, directrice du service « *aide à domicile* » - Fédération régionale des associations et services de soins et d'aide à domicile Rhône-Alpes

M. Bernard HUGONNET, président adjoint, d'UNIFAF Rhône-Alpes

Mme Marie-Paule LAGEIX, de la Délégation académique à la formation continue (DAFCO de Grenoble)

M. Pierre LOUIS, responsable du service « Formations sanitaires et sociales » de la Région

Mme MALFROY, de l'IFIR, centre de formation par l'apprentissage

M. Jean-Claude TEOLI, directeur adjoint du personnel et des affaires sociales des Hospices civils de Lyon

M. VUILLAUME, directeur des ressources humaines, direction régionale de la Générale de Santé.

DECLARATIONS DES GROUPES

**Assemblée plénière
du Conseil Économique et Social Régional**

mardi 14 mars 2006

Projet d'avis sur "La décentralisation des formations sanitaires et sociales"

Intervention de M. Bernard ROMBEAUT - Collège I

Le système de formations sanitaires et sociales est à la fois complexe par son organisation et ses métiers qui touchent à l'humain et compliqué par le nombre d'acteurs qui y participent. Le rapport présenté le met bien en évidence. Je salue la méthode avec laquelle la Présidente a conduit son groupe de travail et su créer un large consensus en son sein.

Je veux dans ma présente intervention souligner quelques points :

- ✓ Nous sommes face à une situation de vieillissement des personnels du domaine sanitaire qui est la conséquence des restrictions de quotas subies de 1997 à 2002 tant pour les infirmières que pour le personnel médical. La situation pour se rétablir totalement va demander une décennie pour les infirmières et sans doute deux décennies pour les chirurgiens qui font 14 années d'études.
- ✓ Le problème de la transmission des cultures et des compétences collectives est certes un grave problème, mais il y a lieu de tenir compte aussi de l'évolution des méthodes et des techniques de prises en charge qui amènent des besoins en personnel plus techniques et plus ciblés : regroupement des médecins en maisons médicales de garde, recours plus systématique aux urgences, transports sanitaires croissants à cause de la concentration de moyens de diagnostics de soins améliorant la sécurité des pratiques ; citons : moins de sites hospitaliers, moins de maternités, regroupement des techniques et imageries lourdes, séjours moins longs en hôpital et transferts vers des sites de rééducation.
- ✓ La politique de proximité est vraie pour le social, l'évolution en cours du sanitaire est inverse. En conséquence les politiques de formation ne peuvent pas être totalement convergentes. Elles nécessitent la mise en place de passerelles adéquates Sanitaire/Social.
- ✓ Les « faisant fonction » qui agissent avec glissement des tâches sont peu fréquents dans le sanitaire. Dans le domaine social, ils concernent des niveaux de compétences accessibles à la VAE. Le rapport présenté le met bien en évidence. En revanche, des plans de promotion sociale sont à mettre en place massivement en faveur des ASH, voire des AS provenant des milieux défavorisés mais présentant des niveaux de conscience professionnelle remarquables. Cette VAE, il devient urgent de la simplifier, de la promouvoir et d'aider les établissements qui s'y investissent.
- ✓ Peut être faut-il innover, créer de nouveaux métiers ? Davantage tenir compte de l'évolution des métiers ? Faut-il conserver 17 types d'infirmières par exemple ? Il est important de dynamiser la recherche en travail social. Le cluster N° 12 doit associer l'instance de recherche existante et issue d'un partenariat entre les organismes de formation, la DRASS et les employeurs.
- ✓ Le financement des écoles doit donner lieu à une rigoureuse égalité entre toutes afin d'assurer une qualité de formation exigée et évaluée partout avec les mêmes référentiels. Les allocations de ressources doivent aussi permettre à tous les étudiants de pouvoir vivre correctement avec de bonnes conditions de travail.
- ✓ Précisons que les formations sanitaires s'appuient en quasi-totalité sur l'alternance (stages obligatoires, mémoires, thèses...). Dans ce cadre les structures de gestion des formations doivent nécessairement regrouper les financeurs, les structures de formation, les organismes collecteurs, les formateurs, les employeurs, les partenaires sociaux, les fournisseurs de technologies. Les cahiers des charges devront comporter un volet de sensibilisation aux évolutions rapides des moyens et techniques et aux méthodes d'évaluation des pratiques.
La Fédération Hospitalière Privée Rhône-Alpes et sa structure FORMAHP sont prêtes à participer et souhaitent s'intégrer pleinement dans ces démarches vitales pour l'avenir de ses métiers.
- ✓ Concernant les lieux de stages dans le monde libéral, la fédération hospitalière, en accord avec les doyens d'université et les médecins libéraux, est en train d'élaborer un partenariat pour accueillir des externes et plus tard des internes dans ses établissements. Il serait logique que la Région envisage de participer aux moyens de ces formations.
Pour les autres formations sanitaires il conviendrait qu'elles évoluent vers un statut de type apprentissage avec reconnaissance d'une maîtrise d'apprentissage et permettant aux employeurs de mieux s'inscrire dans l'alternance.
- ✓ La Région doit aussi prendre conscience que de nombreux personnels médicaux et paramédicaux sont attirés vers la Suisse qui profite ainsi de la qualité de nos formations tout en aggravant les problèmes de démographie médicale.
- ✓ « Les métiers du grand âge, des métiers d'avenir » : c'était le message martelé par la caravane de la semaine des métiers du grand âge en Mai 2005. En 2020, la France comptera 4 millions de personnes âgées de plus de quatre vingt ans. Nous sommes déjà en difficulté pour pourvoir les postes offerts à tous niveaux. Les personnes âgées ont besoin de soins, mais la vieillesse n'est pas une maladie, elles ont aussi besoin d'un accompagnement psychosocial. Il devient urgent, d'une part, de créer des postes d'aide médico-psychologique et, d'autre part, de réinscrire la gériatrie dans la dynamique des carrières médicale et paramédicale et de les valoriser.

Nous voterons l'avis qui nous est présenté.

Intervention de M. Patrick ROMESTAING au nom des professions libérales

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,

Il convient de remercier les membres du groupe, ainsi qu'Aline MOLARD et Luc VOISIN, pour ce travail difficile de synthèse sur un domaine complexe et hétérogène. Si les formations sanitaires, très réglementées, sont plus facilement identifiables, il n'en est pas de même pour les formations sociales.

Le projet d'avis prend bien en compte l'évolution sociétale dont particulièrement le vieillissement et les pathologies et besoins qui y sont liés.

L'insuffisance des structures d'hébergement, combinée au souhait parallèle de maintien à domicile, nécessitant un évident soutien aux familles, met bien en évidence la nécessité de développer les métiers du social et du sanitaire au service des populations.

Il y a lieu de considérer que se trouve ici un gisement d'emplois

Il semble donc indispensable, comme le souligne le rapport :

- ✓ de clarifier et harmoniser le contenu des formations,
- ✓ de promouvoir ces métiers qui vont devenir incontournables et donc d'informer les populations concernées. Parmi celles-ci, les lycées (compétence de la Région) devraient être davantage ciblés.
- ✓ d'accompagner les personnes en formation, quelles qu'elles soient (étudiants ou VAE) par la mise en place de bourses, ou d'aide au logement...
- ✓ de favoriser une meilleure approche de ces métiers en favorisant les lieux de stage (soutien matériel aux stagiaires et aux accueillants)
- ✓ de décroisser, par la mise en place de passerelles, ces différents métiers fréquemment concernés par le phénomène d'usure

Nous voterons l'avis proposé.

Je vous remercie.

Intervention de Mme Marie-Jo PIEGAY au nom de la CFDT

Monsieur le Président, mes chers Collègues,

Les Formations Sanitaires et Sociales représentent une compétence, dont le transfert n'était pas, au départ, souhaité par les Régions.

Pourtant, en quelques mois, Rhône-Alpes a pris le relais de l'Etat, dans un parcours qui n'a pénalisé ni les étudiants ni les organismes de formation, malgré les problèmes de transfert de financement que l'on connaît.

Et notre Région a manifesté de plus le souci légitime de passer du simple transfert de la gestion technique à la définition d'une politique, en lien avec les politiques de l'Emploi et de la Formation du Conseil régional (et donc du PRDF), mais sans perdre de vue les enjeux d'aménagement du territoire.

Comme dans ce domaine de formation, très fortement codifié et réglementé, rien ne s'improvise, la Région s'est dotée, en plus du cabinet Ithaque dont nous devons souligner la qualité du travail, d'une expertise plus collective, en réunissant dans 5 groupes de travail l'ensemble des acteurs concernés : organismes de formation, organismes paritaires collecteurs agréés les OPCA, employeurs, organisations syndicales, mais aussi plusieurs membres de notre groupe de travail qui ont pu alors, appréhender très directement (ce que nos auditions ont confirmé) les problèmes rencontrés sur le terrain.

Je ne reviendrai pas sur le diagnostic récurrent dans ces formations : il est bien développé dans le corps du rapport : hétérogénéité des diplômés, inégalités des aides aux étudiants, problèmes de stages, vétusté des locaux, cloisonnements des différents cursus de formation...

Il révèle d'ailleurs bien l'impuissance de l'Etat déconcentré en région à faire émerger de cet ensemble bigarré un schéma régional à la hauteur des attentes.

Je n'évoquerai donc que quelques points du rapport et de ses préconisations.

La construction d'un véritable appareil de formation accessible à tous doit se faire, et nous en sommes d'accord, par le biais du conventionnement avec à la clef un certain nombre d'exigences fortes, mais aussi :

- ✓ en instaurant une sélection unique par diplôme
- ✓ en facilitant l'accès à la formation des niveaux les plus bas V et VI, par le développement de voies innovantes comme **la validation des acquis de l'expérience et l'apprentissage.**

Or, aujourd'hui, la mise en place de la VAE dans les formations sanitaires, en particulier pour la formation d'aide-soignant, doit gérer la contrainte imposée par le ministère d'un contingent incompressible d'heures de formation préalables, **ce qui constitue un véritable dévoiement de la démarche voulue par le législateur, et montre les difficultés de l'exercice régional.**

C'est pourquoi, face au poids de l'Etat encore en amont, **utiliser des structures comme le CCREFP, c'est-à-dire le comité de coordination régionale de l'emploi et de la formation professionnelle nous est apparu aller de soi.**

Mais alors même que nous rédigeons notre proposition d'une commission spécialisée au sein de ce Comité, les Partenaires Sociaux, à la demande de la Région, mettaient en place lors de la Copire du 23 février, un groupe de travail qu'ils sont chargés de piloter, et qui est appelé à travailler sur les formations sanitaires et sociales en amont de la Commission PRDF du CCREFP.

Cela illustre, s'il en était besoin, le bien-fondé des réflexions de notre groupe anticipant les outils qui s'élaborent sur ce chantier.

Mais dès lors que ce groupe de travail existe, nous ne voyons plus l'intérêt d'une Commission spécifique pour les seules Formations Sanitaires et Sociales, sauf à ne tenir aucun compte de ce qui se passe sur le terrain, au-delà de l'enceinte du CESR.

Une autre de nos réflexions porte sur la légitimité de l'implication de la Région par le truchement des Formations Sanitaires et Sociales dans le domaine de la santé qui, nous l'affirmons, doit demeurer de la compétence de l'Etat.

On en est resté pendant longtemps, pour la santé, à la notion exclusive des dépenses qu'elle génère. Ce qui explique, pour une grande part, la réticence des Régions à en revendiquer une quelconque compétence. Et on les comprend aisément au regard de dépenses de l'ordre de 10 % du PIB et qui ne ferons que croître parallèlement aux besoins.

La Région Rhône-Alpes n'y fait pas exception et le reconnaît fort honnêtement, même si elle admet aujourd'hui sa participation, fort mesurée et critique, au Groupement Régional de Santé Publique et à la mise en oeuvre de programme de prévention, sur des champs volontairement limités.

Or, il est évident aujourd'hui que :

- ✓ **le souci du bien-être social et donc la cohésion sociale sont devenus indissociables d'une véritable politique de santé publique,**
- ✓ **et qu'inversement les activités sanitaires et sociales comportent une plus-value en terme économique.**

Ce secteur, en Rhône-Alpes, représente aujourd'hui 10 % de l'emploi régional, avec une progression de ces emplois, de 15 % au cours des cinq dernières années et un taux de chômage particulièrement faible, avec à l'horizon 2015, la nécessité de compenser les départs en retraite, parfois très importants, comme dans la fonction publique hospitalière (55 % des effectifs concernés d'ici 10 ans) mais aussi dans la branche sociale ou médico-social (25 % des effectifs), la nécessité de couvrir des besoins nouveaux en matière de vieillissement.

C'est dire combien les futurs schémas régionaux des formations sanitaires et sociales sont **en prise directe sur le développement économique par la plus-value en termes de création future d'emplois, à condition que le pilotage ne se fasse plus par l'offre de formation** mais par les besoins, sans compter, en bout du compte, la plus-value sociale générée, auprès des personnes fragilisées par la maladie, le handicap, la dépendance, les difficultés sociales.

Encore faudrait-il que les transferts de financement de l'Etat à la Région en ce qui concerne les formations du sanitaire et du social, soient à la hauteur des besoins. Et nous sommes dans ce domaine aujourd'hui encore dans le flou et avec de fortes inquiétudes.

Encore faudrait-il que le financement très socialisé des activités du sanitaire et du social au travers des budgets de la protection sociale dont on connaît aujourd'hui les difficultés, soit non seulement pérennisé, mais qu'il solvabilise encore plus dans les années à venir, des secteurs considérés comme prioritaires en termes de cohésion sociale, dans le domaine de la santé, du social et du médico social.

En conclusion, je veux remercier Luc Voisin et Aline Molard qui ont eu la lourde tâche de mettre en ordre et en forme nos contributions.

Je vous remercie de votre attention.

Intervention de M. Marc PLOTTON au nom de la CGT

Je ne développerai pas davantage les analyses et informations apportées par Lise BOUVERET et les conseillers qui sont déjà intervenus, nous les partageons dans leur ensemble. C'est donc avec une visée essentiellement syndicale que je me permettrai d'intervenir.

Le projet d'avis sur la décentralisation des formations sanitaires et sociales participe à l'ensemble des travaux que notre assemblée a conduits depuis plusieurs mois sur les problématiques et les nouvelles responsabilités que Rhône-Alpes, comme les autres Régions, rencontre dans la mise en œuvre des lois de décentralisation. Dans la plupart des cas, sinon tout le temps, cette évolution se fait sans que soient renvoyés à la Région tous les moyens ni toutes les responsabilités et prérogatives que d'autres institutions, pour l'essentiel l'Etat, avaient jusqu'alors.

Nous retrouvons donc dans l'avis les interrogations, les craintes qui ont été soulevées dans nos précédents travaux et que nous partageons.

Sans vouloir alourdir le propos et reprendre l'ensemble des questions abordées, je reviendrai sur deux points pour marquer notre accord et les mettre en perspective.

D'une part nous estimons que dans la plupart des cas, et ici en particulier, l'Etat ne prend pas suffisamment en compte dans les moyens qu'il affecte aux Régions les insuffisances préalables de ses politiques en matière de réponse aux besoins en évolution des populations. C'est particulièrement vrai dans ce domaine où comme le note le rapport, « le nécessaire découplage entre le sanitaire, le social et le médico-social » est une réponse aux évolutions souvent rapides de la population et des personnels (Vieillesse, conduites sociales nouvelles, pratiques médicales en évolution...). Comme pour d'autres - et je pense particulièrement aux TOS - nous sommes face à un dossier potentiellement explosif en matière de moyens à y affecter dans les mois et les années à venir. Cela suppose de prendre les précautions nécessaires (nous partageons avec le rapport l'idée que le diagnostic du cabinet Ithaque y contribue), cela impose aussi d'obtenir de l'Etat qu'il assume ses engagements dans le même temps où la Région travaille à mettre en place et consolide un « partenariat efficace entre les acteurs concernés. »

Je voudrais aussi insister sur un deuxième point qui concerne la répartition des responsabilités entre les acteurs : Etat, Région, Départements, Organisations paritaires, Monde associatif et Entreprises privées.

En effet, et à cet égard le projet d'avis est explicite : la situation du sanitaire n'est pas exactement celle du social, les tutelles et acteurs de formation - DRASS, Education nationale, Enseignement supérieur, Associations, Privé, sont nombreux. Les statuts des formés - Formation initiale et Continue, élèves, étudiants, apprentis, demandeurs d'emploi, salariés - ne sont pas moins divers et complexes. L'intégration dans le PRDF est donc une ardente obligation et cela doit se faire en veillant à la place des partenaires sociaux et en particulier aux organisations syndicales de salariés de la branche.

Je terminerai en insistant sur l'intérêt d'être à l'écoute des acteurs de terrain que sont les personnels et leurs organisations syndicales :

- ✓ Comment viser l'amélioration permanente des réponses aux besoins de santé et de société sans poser la question du rôle des institutions et de leur mission de service public ?
- ✓ Comment être au plus près des besoins et des territoires sur toute la Région Rhône-Alpes ?

Je prendrai trois exemples pour illustrer mon propos :

- ✓ Comment privilégier la prise en compte des besoins sociaux alors que des grands groupes privés présents sur le secteur s'intéressent à la formation du personnel par la voie de l'apprentissage et que l'Education nationale manque d'ambition sur cette question ?
- ✓ Comment en Savoie et Haute-Savoie gérer la concurrence de la Suisse qui aspire les personnels du secteur, en particulier les plus récemment formés ?
- ✓ Comment prendre en compte les besoins en personnels spécialisés dans des départements comme la Drôme et l'Ardèche alors que les structures d'accueil de personnes âgées s'y développent rapidement ?

En conclusion j'estime que nous sommes aujourd'hui au milieu du gué dans une situation où la Région a besoin d'anticiper son action en se donnant les moyens qualitatifs et quantitatifs pour répondre à ses nouvelles responsabilités. Cela doit passer de façon forte par le développement du dialogue social.

En partenariat avec les autres institutions, Charbonnières doit devenir un lieu de rencontre et de négociation avec les partenaires sociaux. Notre organisation le revendique ; elle est prête à poursuivre son engagement dans le cadre de ses moyens et de ses responsabilités.

Nous voterons le projet d'avis.

Intervention de M. Gabriel CHAUVIN au nom de FO

Monsieur le Président, Mesdames, Messieurs,
Chers collègues,

L'ordre du jour de notre plénière qui fait suivre ce projet d'avis par celui sur la DM1 qui porte pour l'essentiel sur les conséquences de ce que nous analysons est un raccourci saisissant. En effet la DM1 écrit un nouveau chapitre des conséquences financières de transfert de compétences - qui démontre qu'en ce qui concerne la réalité du poids de ce transfert sur les finances régionales nous n'en connaissons pas encore les conséquences.

Il n'en reste pas moins qu'en ce qui concerne ce transfert, la Région Rhône-Alpes malgré tout le flou sur la vraie réalité des coûts, a su trouver une méthode intéressante de travail pour le préparer autant en amont que possible. Le diagnostic de l'état des lieux fait en amont et l'association notamment des organisations de salariés dans le processus a permis que le partenariat s'amorce de la meilleure des façons.

Ce travail d'anticipation en commun permet sans nul doute qu'aujourd'hui l'ensemble puisse fonctionner sans rupture notable. Le projet d'avis est utile pour sa lisibilité et une meilleure compréhension des enjeux de la gestion de ce transfert dont les contours apparaissent flous.

En effet, **les responsabilités confiées à la Région sont très différentes entre les formations sociales et les formations sanitaires. Elles ne peuvent s'isoler d'un environnement qui détermine la qualité et la quantité de l'offre régionale par rapport aux besoins dont l'année 2003 - avec les effets de la canicule - a permis de constater qu'ils étaient importants et surtout très mal régulés. Quand on sait que la durée de carrière moyenne d'une infirmière est inférieure à 15 ans alors que sa formation dure trois ans, on voit que ce n'est pas qu'une question de pyramide des âges qu'il faut analyser pour déterminer les besoins.**

En effet, pour le social les articles 53, 54 et 55 de la loi, transfèrent à la Région la politique de formation des travailleurs sociaux. En plus de la programmation des actions, la Région a la responsabilité de l'agrément et du financement des établissements dispensant des formations sociales initiales. Dans un souci de cohérence, l'attribution des aides aux étudiants inscrits dans ces établissements lui est également transférée.

Ce transfert s'accompagne d'une réaffirmation dans l'article 52 tant des obligations incombant aux établissements de formation que de la responsabilité de l'Etat en matière de définition et de délivrance des diplômes ainsi qu'en matière de contrôle de l'activité pédagogique et des qualifications des personnels des établissements de formation.

Pour le sanitaire l'article 73 transfère à la Région la compétence pour autoriser/agréer la création des écoles et instituts de formation aux professions paramédicales et de sages-femmes et, pour les écoles et instituts de formation aux professions paramédicales, pour agréer leurs directeurs.

A ce transfert est associée la prise en charge par la Région du fonctionnement et de l'équipement des écoles et instituts publics de formation ainsi que l'attribution des aides aux étudiants ou élèves concernés. Au titre de ce même article, la Région se voit chargée du fonctionnement et de l'équipement des centres de formation des préparateurs en pharmacie hospitalière.

Il s'agit donc d'une compétence importante certes, mais limitée à l'organisation de l'offre de formation sur l'ensemble de la région dans des mécanismes contraints. En effet l'Etat conserve logiquement la maîtrise des contenus et diplômes. Pour ce qui est des besoins, ceux-ci dépendent pour le social des Conseils généraux, pour le sanitaire de l'Etat qui fixe les quotas notamment.

D'où la nécessité de l'articulation indispensable du schéma régional des formations tant avec les schémas d'organisation départementaux pour le social qu'avec le schéma régional d'organisation sanitaire pour le sanitaire. Nous avons une compétence « partagée » obligatoirement entre Etat, Région, Départements, qui partenaires sociaux doivent être considérés dans leur ensemble employeurs et salariés.

C'est pourquoi pour ce qui concerne FO nous estimons nécessaire la présence des organisations de salariés dans la conférence financeurs - employeurs que propose la Région. Ceci d'autant plus que s'agissant notamment du financement des formations, la gestion de la formation professionnelle de ces secteurs relève très souvent du paritarisme donc de la responsabilité des partenaires sociaux.

Ceci est d'autant plus essentiel que des efforts importants sont à réaliser pour éviter notamment ce que le rapport appelle les « faisant fonction ». Ceci s'apparente pour FO plus à une dérive de la qualification et des métiers, avec des risques notamment dans le sanitaire tant pour les usagers que pour les personnels eux-mêmes. Le personnel soignant doit avoir une qualification reconnue donc un diplôme d'Etat, ce qui implique un certain nombre d'exigences dont un nombre d'heures incompressibles qui forment un tronc commun indispensable y compris par la VAE qui est un moyen et non une fin en soi.

Ceci étant, ces quelques réserves ou plutôt compléments étant faits, le Groupe FO votera le rapport.

Intervention de Mme Marylène CAHOUE au nom de la FSU

Ayant participé au groupe, je tiens à saluer le sérieux de ce travail, la qualité d'écoute réciproque de toutes et tous et notamment de sa présidente Lise BOUVERET et des attachés Aline MOLARD et Luc VOISIN.

Lise BOUVERET a rappelé les modalités de transfert de compétence que nous ne souhaitons pas.

Je bornerai mon intervention à un commentaire non pas de tout le texte, mais d'un point particulièrement sensible, sans avoir la prétention de faire le tour de la question. Il s'agit de la féminisation de ces secteurs, liée à la sous-qualification et au turn over élevé dans certains cas.

« La féminisation est un phénomène croissant dans le secteur sanitaire et très prégnant dans le secteur social », note le rapport, pour évoquer juste après la sous-qualification, la faible perspective de carrière et le recours toujours plus nombreux aux « faisant fonction », notamment dans le secteur social. Faut-il rappeler la pénibilité du travail, la modicité des rémunérations, la reconnaissance insuffisante eu égard aux responsabilités, les conditions de travail difficiles, liées également au manque de personnels, l'évolution des métiers et l'apparition de nouveaux du fait du contexte actuel : vieillissement de la population qui génère des natures différentes de soins, dégradation du tissu social, augmentation de l'exclusion et la nécessité d'actions plus nombreuses en termes d'accompagnement et pas seulement en termes d'intervention. Rappelons que l'exigence de travail social est d'autant plus forte quand la société va mal. L'exigence de professionnalisation et de qualification est un véritable enjeu pour les personnels eux-mêmes, qui doivent pouvoir exercer leurs tâches dans de bonnes conditions et trouver leur métier attractif, pour la société et pour le bien être de tous.

Le rapport présente un certain nombre de propositions sur la formation auxquelles la FSU souscrit. Deux points seulement : d'abord une inquiétude : les formations reposent sur la synergie entre formation théorique et alternance, qui assure l'acquisition de savoir-faire et de savoir être. D'où l'importance des tuteurs pour transférer la culture professionnelle, les compétences. Comment l'assurer eu égard au vieillissement du personnel et à la brièveté de la carrière ? Second point : je veux insister sur la responsabilité de l'Education nationale et sur le rôle de la Région dans le PRDF qui doit avoir le souci d'intégrer les formations sanitaires et sociales à l'ensemble du dispositif régional de formation dans le service public, de les implanter quand elles manquent et alors que les jeunes et notamment les jeunes filles les demandent en assurant la cohérence de la formation dans un territoire, en veillant notamment aux passerelles entre le sanitaire, le social et le médical et à la continuité des filières de formation. Je pense notamment à la création du BTS médico-social qui assurément va jouer un rôle dans l'attractivité de ces métiers et les possibilités offertes de carrières.

La FSU votera bien sûr le texte ; je vous remercie.

Intervention de M. Fabien COHEN-ALORO au nom de l'UNSA

Monsieur le Président du CESR, Mesdames, Messieurs et Chers (e) collègues,

L'importance et la qualité du travail réalisé par le groupe de travail marque bien la nature et l'importance des enjeux pour les années à venir. En effet, ne dit-on pas que les « services à la personne » seront, pour demain, un filon majeur pour la création d'emplois !

Le transfert des compétences vers la Région des formations sanitaires et sociales marque une étape supplémentaire de la décentralisation de l'Etat, même si ce transfert risque d'avoir un coût très important pour les budgets de la Région.

Rapprocher les centres de décision des femmes et des hommes du terrain doit, comme le fait ressortir le projet, favoriser un étroit partenariat des acteurs. Néanmoins, si la Région devient un acteur majeur dans la formation des personnels, les employeurs seront principalement ailleurs (Etat, Départements, Communautés de Communes, Communes, privé, et associatif). Il nous semble donc important de mettre en place les outils adéquats afin de déterminer avec précision la nature et la quantité des besoins.

Rappelons ici, pour mémoire, le nombre d'échecs dû à l'absence de corrélation entre l'offre et la demande, voire même la non-prise en charge des courbes démographiques.

Comme l'a souligné le groupe de travail, l'UNSA estime que les formations sanitaires et sociales qui sont intégrées dans les CCREFP et dans le PRDF et représentent un vrai challenge devraient prendre toute leur place.

A l'occasion du travail dans le groupe, il a été déterminé de manière claire combien les carrières étaient courtes, en particulier dans le domaine sanitaire ; il semble donc important pour l'UNSA de prévoir un certain nombre de passerelles afin de pouvoir évoluer dans son métier et dans sa carrière, de favoriser au maximum la mixité dans les différents métiers. Pour cela, il conviendra que la Région ne se concentre pas sur les formations initiales mais aussi développe et conduise très efficacement une formation tout au long de la vie. A ce titre, la VAE devra prendre toute sa dimension.

Compte tenu de toutes ces remarques, l'UNSA votera favorablement le projet de décentralisation des formations sanitaires et sociales.

Intervention de M. Bruno ROYER DE LA BASTIE au nom du GERC 3-4

Le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de personnes en grande difficulté, et l'exigence de qualité demandée dans la loi 2002-2 entraînent une hausse sensible des intervenants dans le domaine sanitaire et social, donc de leur formation.

Nous partageons l'avis qui vient de vous être présenté qui fait bien le tour de l'ensemble des problèmes posés, et qui a cherché à identifier et mobiliser tous les outils dont la Région dispose pour être la plus pertinente possible dans ses interventions (PRDF, PRAO, cluster).

Nous tenons à insister sur les points suivants:

- ✓ Nécessité d'organiser une observation des besoins, et des évolutions de parcours pour pouvoir mettre en place une offre de formation mieux adaptée.
- ✓ Agir tout particulièrement auprès des bas niveaux de qualification (V et VI) où il y a un grand déficit de formation.
- ✓ Développer l'apprentissage, la professionnalisation et la VAE avec un accompagnement solide et efficace.
- ✓ Revaloriser et diversifier les filières de l'Education nationale pour ces professions.
- ✓ Analyser et renforcer les aides financières, pour les rendre plus cohérentes et plus efficaces, aux personnes en formation.
- ✓ Rechercher une meilleure répartition géographique pour améliorer l'accessibilité dans tous les départements.
- ✓ Elaborer une campagne de sensibilisation aux métiers sanitaires et sociaux.
- ✓ Revaloriser ces métiers de l'aide à la personne en favorisant, entre autres, la possibilité de se reconvertir vers des activités moins fatigantes physiquement. Pouvoir plus facilement progresser entre différentes branches, grâce à la formation continue et proposer aux jeunes une perspective d'évolution de carrière beaucoup plus attractive.
- ✓ Cela exige la mise en place de passerelles entre les différents secteurs, avec la notion de tronc commun, puis spécialisation qui serait seul à étudier pour changer de secteur. Cela serait d'autant plus important que le sanitaire et le social interfèrent de plus en plus. Il y a une nécessité de développer des cultures communes entre le soin, l'éducatif, l'accompagnement.
- ✓ C'est un objectif difficile, qui concerne plusieurs ministères et échappe en grande partie aux compétences de la Région, mais nous pensons que celle-ci devrait être un lieu de réflexion et une force de proposition, Rhône-Alpes ayant souvent joué ce rôle au près de l'Etat.
- ✓ Nous ne pouvons qu'insister également sur le fait que le nombre de personnes à former étant en grande augmentation, prendre pour référence de la compensation de transfert versée par l'Etat, la moyenne des années 2002 - 2003 - 2004 est complètement décalé par rapport à la réalité, la charge pour 2005 étant déjà sensiblement supérieure à celle de 2004.

La décentralisation des formations sanitaires et sociales au niveau de la Région peut s'avérer bénéfique, car ayant déjà en charge l'emploi, l'aménagement du territoire, et la formation professionnelle, elle pourrait être en mesure d'introduire plus de cohérence au niveau de ces formations, jusqu'ici éclatées entre une multiplication d'acteurs et d'intervenants. Néanmoins, le GERC 3-4 ne peut que partager l'avis, lorsqu'il relève le caractère imposé du transfert de compétence qui risque de peser très lourdement sur le budget de la Région.

Nous terminerons en rappelant que toutes ces formations ont pour but d'apporter des soins et une aide à des personnes. Que celles-ci doivent rester au centre de toutes nos réflexions, et en particulier dans l'établissement des programmes et la définition des critères de sélection des organismes de formation.

Le GERC 3-4 votera cet avis.

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a transféré aux Régions des compétences importantes dans l'organisation et le financement des formations sanitaires et sociales.

En même temps qu'elle a adopté des modalités de gestion pour assurer le paiement des aides aux étudiants ou aux stagiaires et le versement des subventions aux établissements de formation, la Région s'est engagée dans la définition des orientations de sa politique pour ces formations.

Pour sa part, le CESR a souhaité apporter sa contribution à l'élaboration de la politique régionale. Dans le présent avis, après avoir analysé le contexte actuel du secteur sanitaire et social, il examine les conditions permettant à la Région d'exercer efficacement ses nouvelles compétences en partenariat avec les acteurs concernés. Ses réflexions et ses propositions concernent également l'organisation même des formations sanitaires et sociales.

**SOCIAL • ACTION SOCIALE • DECENTRALISATION •
TRANSFERT DE COMPETENCES AUX REGIONS •
FILIERE SANITAIRE ET SOCIALE • PLAN REGIONAL
DE DEVELOPPEMENT DES FORMATIONS
PROFESSIONNELLES DES JEUNES**