

Adaptation
Modernisation
Anticipation

10 ans au service des établissements



10 BOUGIES
POUR ÉCLAIRER
L'AVENIR !



10 ans



Introduction

Pour ses 10 ans, FORMAHP a souhaité inscrire son anniversaire dans une réflexion autour des enjeux du secteur. Et ce, à l'occasion d'une large manifestation réunissant les adhérents des établissements privés de soins et de retraite.

Un colloque « Santé et formation » a ainsi été organisé le 24 janvier 2006.

Plusieurs objectifs à cette journée :

- donner la parole aux experts sur les problématiques fortes qui impactent la branche dans son volet santé – formation ;
- prendre du recul sur les évolutions du secteur qui ont une incidence sur les établissements en termes d'activités, d'organisation et donc de ressources humaines et de formation ;
- mutualiser les expériences déjà conduites par FORMAHP pour répondre à ces enjeux ;
- faire témoigner les partenaires sociaux du secteur, acteurs clés de la construction et du développement de l'OPCA pour illustrer la pertinence des actions conduites ;
- prendre le temps d'échanger entre professionnels dans un espace de convivialité.

Journée riche en échanges, en débats, en réflexions...



Au fil de ces pages, les temps forts comme repères, guides pour l'action...
A chacun d'y puiser des exemples, des moyens, des outils,
pour faire de chaque projet formation un levier de développement
des compétences des salariés dans chaque établissement.



Editorial

MME SOPHIE PERDRIAU
PRÉSIDENTE



10 ans, c'est le temps qui nous sépare de 1995, première année d'existence de notre OPCA. Célébrer son anniversaire, c'est d'abord reconnaître sa réussite. C'est aussi prendre acte de son dynamisme, de sa capacité à répondre aux enjeux si nombreux de notre secteur. C'est enfin et surtout vous dire l'ambition des partenaires sociaux pour que FORMAHP vive et se fortifie.

Si FORMAHP a réussi à se consolider au cours de ces 10 ans, c'est parce qu'il tire sa force inébranlable de sa conviction que la formation doit apporter à chacun les moyens de se développer tout au long de sa vie professionnelle et personnelle. Et ce pour améliorer la prise en charge des patients dans chaque établissement privé de soins et de retraite de notre branche professionnelle.

Sa force, c'est aussi la démocratie sociale. Les partenaires sociaux sont engagés, depuis l'origine, dans la gestion de la formation comme dans la protection sociale.

C'est un esprit d'engagement, de dialogue et de responsabilité qui prévaut depuis 10 ans à toutes les actions qui ont été conduites par notre OPCA.

Combien le démarrage a exigé de diplomatie et de persévérance afin d'installer durablement FORMAHP dans le processus d'élaboration de la politique de formation de notre branche ! Les partenaires sociaux ont créé FORMAHP et l'ASSOC-HP en 1995. En 2000, ils ont choisi de confier de nouveau à FORMAHP l'ensemble des missions définies par le législateur : **Collecter, Gérer, Développer, Conseiller pour Former les salariés de la Branche.**

Depuis, notre activité n'a cessé de croître pour atteindre aujourd'hui un budget de 50 millions d'euros affectés à la formation des 168 000 salariés du secteur.

Mais sans doute, plus important que les chiffres, c'est le travail quotidien des collaborateurs de FORMAHP, qui ont su, avec leur Directrice, traduire les orientations politiques des partenaires sociaux en projets innovants, adaptés aux besoins spécifiques des établissements et des salariés, mais aussi ancrés dans les réalités régionales. C'est grâce au travail de terrain conduit au fil des années que les partenaires sociaux, FHP, SYNERPA et nos 5 organisations syndicales CFE-CGC, FO, CGT, CFTC et CFDT, ont souhaité conforter le rôle de notre OPCA dans le cadre de la loi du 4 mai 2004, sur la formation professionnelle tout au long de la vie, et lui confier une nouvelle mission : la gestion technique de l'observatoire prospectif des métiers de notre branche.

Ce sont nos succès passés qui nous permettent d'envisager avec confiance l'avenir de notre OPCA. Mais quel sera l'avenir dans un système de santé en évolution constante au sein d'une société traversée par de lourdes remises en cause socio-économiques ? Pour cela, nous avons demandé à quelques experts de nous apporter leurs visions.

Traduire les orientations politiques des partenaires sociaux en projets innovants, adaptés aux besoins spécifiques des établissements et des salariés, mais aussi ancrés dans les réalités régionales.

M. HENRI GEMAR
VICE-PRÉSIDENT



FORMAHP est né le 22 décembre 1994, date de la signature de l'accord entre la FIEHP et l'UHP et l'ensemble des organisations syndicales représentatives.

C'est donc le 22 décembre 2004 que nous aurions dû fêter les 10 ans de FORMAHP, si les partenaires sociaux n'avaient pas eu d'autres priorités à ce moment-là. En effet, signe du destin ou coïncidence fortuite, le même jour

10 ans plus tard, le 22 décembre 2004, les partenaires sociaux signaient l'accord de branche sur la formation professionnelle tout au long de la vie et réaffirmaient dans le même temps le rôle central de FORMAHP comme OPCA de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale dans la mise en œuvre de la réforme.

Pour fêter les 10 ans de FORMAHP, nous avons voulu prendre du recul avec l'actualité et associer politiques, personnalités, chercheurs, professionnels et partenaires, reconnus pour leur connaissance du secteur de la santé et leur expertise, pour une journée d'échanges et de réflexions sur le thème « Santé et Formation » autour de 3 axes d'évolution qui impactent de façon forte et durable les établissements en termes d'activités, d'organisation, de ressources humaines et donc de formation.

Il n'est de bon vent que pour celui qui sait où il va. Au cours de ces derniers 10 ans, FORMAHP a eu un bon capitaine et un bon équipage qui ont su naviguer, en eau calme comme en haute mer, au service de l'entreprise et des salariés pour la défense d'un OPCA de branche du secteur sanitaire, social et médico-social.

Demain comme hier, fort de plus de 2 000 établissements adhérents, soit 90% des établissements de la Branche, grâce à l'engagement des partenaires sociaux et à sa force d'ingénierie, FORMAHP continuera d'éclairer l'avenir car comme le disait Louis Pasteur : « le hasard favorise les esprits préparés ».

Grâce à l'engagement
des partenaires sociaux
et à sa force d'ingénierie,
FORMAHP continuera
d'éclairer l'avenir.

Editorial (suite)

MME ELISABETH TOLLU
DIRECTRICE

10 années passées au service des salariés et des établissements sanitaires et médico-sociaux de statut privé commercial, ce sont avant tout des rencontres, des projets, des actions et une équipe. Des collaborateurs, qui ont su prendre les virages nécessaires et s'adapter à un contexte juridique et conventionnel en évolution constante et parfois mouvementée et chaotique. Des experts qui ont suivi notre évolution et l'ont éclairée de leurs avis et de leurs mises en garde. Ils nous ont aidé à construire l'OPCA. Et bien sûr les établissements adhérents. Sans leur confiance, notre activité serait sans objet et nos débats quelque peu théoriques. C'est à l'aune de leur nombre et des montants confiés à l'OPCA que je mesure le chemin parcouru.

Fêter 10 années d'activité réveille bien des souvenirs et des images plus contrastées : tensions, débats et heureusement consensus ont rythmé notre travail et nous ont permis au quotidien de décliner les ambitions et les projets élaborés paritairement.

Je retiendrai de cette période trois mots clés : Adaptation, Modernisation et Anticipation.

Adaptation au nouveau dispositif voulu par le législateur et par les partenaires sociaux de notre branche. Adaptation à une nouvelle culture paritaire.

Modernisation de notre outil de gestion avec la mise en place de notre système Internet qui aujourd'hui vous permet de suivre votre activité formation et de saisir vos dossiers en ligne. Modernisation de notre organisation avec la création d'un pôle gestion pour mieux répondre à vos attentes.

Anticipation enfin, qui s'est traduite par les projets conduits ces 10 dernières années. Je ne citerai que ceux qui ont à l'évidence marqué un virage pour notre OPCA : la formation des chefs qualité dès 1996 ou bien la formation PMSI en 1997 ; la négociation des premiers dossiers régionaux à partir de 2000 qui marquaient la volonté de s'ancrer dans les réalités régionales ; enfin la démarche de professionnalisation pour les salariés faiblement qualifiés dans les EHPAD associant dès 2001 la VAE et la lutte contre l'illettrisme.

Pour conclure, je vous souhaite 10 nouvelles années de progrès et de réussite dans une période à nouveau marquée par les changements introduits par la loi de mai 2004 :

- pour la branche professionnelle sur qui repose aujourd'hui plus qu'hier la conduite du changement ;
- pour les établissements qui n'ont pas encore pris la mesure de tous les changements et que nous devons accompagner dans une politique audacieuse mais progressive de développement des compétences ;
- pour les salariés qui doivent pouvoir compter sur l'OPCA afin de trouver au quotidien et dans une forme exploitable toutes les informations leur permettant de se construire un authentique parcours professionnel tout au long de la vie.

*A vous tous d'éclairer
la longue route qu'il nous
appartient de parcourir
ensemble et de savoir
entreprendre plutôt
que de gérer.*

Sommaire

Premier THÈME

SANTÉ FORMATION : une nécessaire décentralisation ?

8 Le POINT DE VUE des EXPERTS

Les nouveaux échelons de régulation de la santé

- M. Edouard Couty, Conseiller maître à la Cour des comptes

13 Le TERRITOIRE en ACTIONS

Le plan régional de développement des formations et l'articulation avec les contrats de professionnalisation de la branche

- M. Jacques Blanc, Directeur de la formation et de l'apprentissage au Conseil régional PACA

ÉCLAIRAGE

• Décentralisation... les lois de 2002 et 2004 **12**

• Du PRDF au service public régional de formation **14**

10 Le POINT DE VUE des EXPERTS

La mise en œuvre du transfert aux régions des formations sanitaires et sociales

- Dr Philippe Chevreul, Vice-président de la région des Pays de la Loire, ancien Président du Comité de coordination des programmes régionaux de l'apprentissage et de la formation professionnelle

15 Le TERRITOIRE en ACTIONS

Un partenariat régional de FORMAHP avec l'Etat : la démarche formation RH en Aquitaine

- M. Claude Malpelat, développement et accompagnement de la politique contractuelle de formation, DRTEFP Aquitaine
- Mme Marie-José Crabot, directrice des soins et responsable formation, Clinique Tivoli, Bordeaux
- M. Gilles Fournier, responsable formation et qualité, Clinique Château Lemoine, Cénon

du CÔTÉ des partenaires sociaux

«Nous devons développer une conscience plus forte du paritarisme» **10**

Mme Annie Bruno, Déléguée fédération Santé Action Sociale CGT, ancienne Présidente de FORMAHP

«Tout est fait pour que la formation soit développée dans la profession...» **16**

M. Gérard Angotti, Vice-président de la FHP, ancien Président de FORMAHP

SANTÉ FORMATION : le paritarisme, à la convergence du salarié et de l'employeur...

18 Le POINT DE VUE des EXPERTS

L'importance du paritarisme dans la politique nationale emploi - formation

- M. Philippe Mehaut, Directeur de recherche au CNRS

22 Le TERRITOIRE en ACTIONS

Professionnalisation de la prise en charge des personnes âgées dans le secteur « médico-social »

- M. Jean-Louis Berthomieu, Directeur de la Maison de retraite La Villa d'Epidaure, La Celle Saint-Cloud

21 Le TERRITOIRE en ACTIONS

Nouveautés de la réforme dans l'initiative entre employeur et salarié

- M. Serge Hostailler, Directeur adjoint de la Clinique Saint-Pierre, Perpignan

du CÔTÉ des partenaires sociaux

«Je crois beaucoup en l'avenir de FORMAHP et à l'avenir sous cette forme paritaire...»

20

Dr Louis Serfaty, ancien Président de la FIEHP et de FORMAHP, membre du Bureau de la Conférence nationale de Santé

«Un lieu d'échange et d'écoute qui permet ensuite à FORMAHP d'agir au mieux en faveur de la formation des salariés...»

22

M. Symphorien Atangana, Délégué Fédération santé, médecine, action sociale CFE-CGC, ancien Président par intérim de FORMAHP

ÉCLAIRAGE

• Convention tripartite et EHPAD : l'essentiel à savoir

24

(suite)

Troisième THÈME

SANTÉ FORMATION : les évolutions de l'offre et de la demande...

26 Le POINT DE VUE des EXPERTS

Les évolutions de la demande et les transformations de l'offre

- M. Jean de Kervasdoue,
Professeur au CNAM

29 Le POINT DE VUE des EXPERTS

L'enjeu des formations qualité

- M. Alain Coulomb, Directeur
de la Haute Autorité de Santé

33 Le TERRITOIRE en ACTIONS

L'émergence de nouveaux métiers : le responsable de la qualité

- Mme Marie-Claude Gaucher,
Directeur général de la Polyclinique
de Navarre, Pau

ECLAIRAGE

- Accréditations et démarches qualité des établissements de santé : les bases juridiques

29

28 Le POINT DE VUE des EXPERTS

Les évolutions des métiers de la santé : le personnel soignant

- Mme Christine Jeandel,
Directeur Général de MEDICA
France, SYNERPA

32 Le TERRITOIRE en ACTIONS

La professionnalisation dans les EHPAD

- M. Serge Canape, Direction
générale de l'action sociale,
bureau des personnes âgées
(Ministère de la santé)

34 Le TERRITOIRE en ACTIONS

Le développement des 1 000 contrats de professionnalisation à travers un réseau professionnel

- M. Jean-Loup Duroussset,
Président de la FHP Rhône-Alpes,
administrateur de FORMAHP

36

10 ans de communication au service de la branche

du CÔTÉ
des partenaires
sociaux

«Le paritarisme évolue et FORMAHP devra aussi évoluer...»

30

Mme Marie-France Guthey,
Déléguée Union Nationale
des Syndicats FO Santé Privée,
ancienne Présidente par intérim
de FORMAHP, succédant à
M. Philippe de Baillancourt (CFTC)
disparu en cours de mandat

«Je souhaite à ceux qui ont la responsabilité de FORMAHP actuellement, d'avoir la chance de préparer la profession aux métiers de demain...»

34

M. André Talazac, ancien Président
de FORMAHP et de l'UHP,
Président de l'Institut Européen
de la Santé

8 THÈME 1

Le secteur de la santé reste fortement régulé par le niveau national.

Par ailleurs, si la formation des jeunes et des demandeurs d'emploi s'est fortement régionalisée, celle des salariés reste largement du ressort des partenaires sociaux, qui définissent leur politique plutôt à un niveau national.

Cependant, un double processus est en cours, avec une progression lente mais inexorable : la décentralisation et une influence croissante de l'Europe.

Face à ces enjeux bien identifiés, FORMAHP a développé des actions en partenariat étroit avec les régions.

SANTÉ FORMATION : une néces

Le **POINT DE VUE** des **EXPERTS**

Les nouveaux échelons de régulation de la santé

M. EDOUARD COUTY, CONSEILLER MAÎTRE À LA COUR DES COMPTES

La politique de santé, concept unique, comporte principalement trois volets.

Premier volet les actions dans le domaine de la santé publique, santé des populations, préventions, éducation sanitaire..., c'est le volet «préventif».

Deuxième volet l'organisation du système de soin et de l'hospitalisation : établissements, médecine ambulatoire, réseaux..., c'est le volet « curatif », complexe et coûteux.

Troisième volet la sécurité sanitaire, vigilances, produits de santé, biomédecine, sécurité alimentaire..., c'est le volet le plus récent, on parle de « principe de précaution ».

Les orientations définies par le Parlement et le gouvernement sont mises en œuvre par L'Etat* et l'assurance maladie**, mais les lignes de partage des com-

pétences sont peu claires. L'Etat prend en charge la santé publique, la sécurité sanitaire et une partie de l'offre de soin, celle des établissements publics ou privés ; il intervient également dans le cadrage des négociations conventionnelles et tarifaires, l'organisation de la permanence des soins de ville. L'assurance maladie gère quant à elle pour l'essentiel l'offre de soins du secteur ambulatoire libéral ; elle intervient aussi dans l'organisation de l'offre de soins des établissements ou dans les actions de prévention et d'éducation sanitaire. Les financements des différentes politiques sont assurés par le budget de l'Etat ou de la sécurité sociale.

Le « flou » dans la répartition des missions et des compétences, constaté au niveau central, produit des répercussions amplifiées au niveau local, régional et départemental, avec l'inter-

vention de trois acteurs : les ARH, les Préfets et l'assurance maladie.

Les ARH (agences régionales de l'hospitalisation) créées en 1996 dans un souci d'amélioration de la visibilité et de l'efficacité du système regroupent les services de l'Etat (DRASS et DDASS) et de l'assurance maladie (service médical et administratif CRAM), qui travaillent ensemble sur le domaine des établissements de santé. Le directeur de l'ARH préside la commission exécutive : il est chargé de mettre en œuvre dans la région les orientations nationales dans son domaine de compétences.

Deux autres autorités et acteurs au niveau local : les Préfets, représentants de l'Etat dans la région ou le département, pour les questions liées aux actions et plans de santé publique, à la sécurité sanitaire ou à la prise en charge des personnes âgées

* Ministre chargé de la santé en liaison avec des services rattachés à d'autres ministres : agriculture, défense nationale, enseignement supérieur, recherche, fonction publique et naturellement économie et finances

** Organismes payeurs des dépenses d'assurance maladie, UNCAM

saine décentralisation ?

et l'assurance maladie pour la mise en œuvre de ses propres priorités, actions de prévention ou de structuration de l'offre de soins.

Conséquence ? On assiste à la juxtaposition d'une série de plans d'action concernant la santé : les SROS, les PRAPS, les PRSP, les PRAM, etc., pilotés et mis en œuvre par des autorités différentes avec des professionnels et au bénéfice d'usagers qui ont beaucoup de difficulté à se positionner ou à discerner une politique de santé et des objectifs clairs dans ce maquis.

« *Mieux coordonner et harmoniser la mise en œuvre des différents aspects de la politique de santé au niveau régional afin d'assurer une meilleure visibilité des priorités pour les professionnels et la population, et une meilleure utilisation des fonds publics mobilisés.* »

Les trois volets de la politique de santé sont très étroitement liés. La conception et la mise en œuvre des grands plans de santé tel celui de la lutte contre le cancer, montrent bien que les dimensions

préventives, curatives et de sécurité sanitaire sont inséparables si l'on veut être efficace. Il convient donc de mettre fin à l'étanchéité excessive entre les acteurs et les structures de notre système de santé, décloisonner les secteurs ville – hôpital, sanitaire et social, hôpital – clinique, développer des réseaux intégrant les dimensions de prévention d'éducation sanitaire et de soins pour la prise en charge des maladies chroniques de plus en plus importantes... Trois chantiers qui exigent au préalable une organisation des pouvoirs publics plus claire et lisible au plan national et au plan local.

Des réflexions sont en cours sur ces sujets complexes. Les réformes récentes (assurance maladie, décentralisation, réforme hospitalière) autorisent des expérimentations au sein des ARH.

L'échelon idoine semble bien être la région, qui concilie proximité et vision territoriale nécessaire pour prendre du recul.

Pour certains acteurs, de futures agences régionales de santé (ARS) pourraient regrouper tout ou partie des compétences en matière de santé. D'autres pensent associer les professionnels et les usagers dans une forme qui reste à définir.

« *Passer d'un système construit par et pour des professionnels à un système construit par et pour des malades.* »

Les enjeux de société et financiers sont très forts. Quel est le meilleur échelon ? Quelle est la meilleure forme ? Faut-il décentraliser ou déconcentrer ? Ou opter pour une formule mixte où l'Etat garderait la main en associant les payeurs, formule qui a de plus en plus d'adhérents ?

Il y a sans doute nécessité d'inventer quelque chose avec un acteur de plus en plus présent : le malade, l'utilisateur.

La loi de décentralisation a confié la gestion aux conseils généraux. C'est une source de disparité entre les départements : la prise en charge quantitative et qualitative sera faite en fonction de ce que le département a décidé.

Quelles que soient les décisions prises et les options choisies, la situation actuelle peut difficilement perdurer sauf à nier toute efficacité et toute efficacité à la politique de santé.

>>>



du **CÔTÉ**
des **partenaires**
sociaux

Mme **Annie Bruno**
Députée fédération
Santé Action Sociale CGT,
ancienne Présidente de
FORMAHP

Nous devons développer une conscience plus forte du paritarisme.

Nous organisons la formation professionnelle. Je me suis toujours engagée, autant que j'ai pu, à ce que, dans l'intérêt de tout le monde, des salariés et des établissements, il puisse y avoir un maximum de formations. Nous considérons que ce n'est pas un tout d'avoir quelquefois une formation initiale qui permet de trouver un travail : encore faut-il, au fil des années, améliorer cette formation. En ce sens, le paritarisme a un rôle à jouer. Car si, côté patronal, l'intérêt est la bonne marche des établissements, côté salarial, c'est aussi l'établissement, puisque c'est un outil de travail et d'évolution, à travers la formation, pour tous les salariés.

Le souhait que je ferais c'est peut-être que, côté patronal, il y ait un peu plus de conscience de la nécessité de travailler avec les partenaires sociaux que sont les organisations syndicales. J'emploie le terme «partenaires sociaux» même si je n'aime pas beaucoup ce terme, mais en l'occurrence, en matière de formation professionnelle, il est adapté.

Prenant conscience de cette nécessité de travailler ensemble, il faudrait un développement encore plus important du paritarisme de façon à ce que dans 10 ans, tous les salariés du secteur aient pu accéder à une formation qui leur permette d'évoluer de un, deux ou davantage d'échelons dans leur carrière professionnelle.

Enfin, et surtout, cette conscience du paritarisme doit faire comprendre aux employeurs la nécessité de participer un peu plus activement financièrement à la formation professionnelle en consentant une augmentation des fonds consacrés à la formation professionnelle.

>>>

Et c'est sans compter les évolutions au niveau européen. Les traités prévoient une politique coordonnée en matière de santé publique (prévention) et une protection sociale haute.

Par contre, pour ce qui est du système de soins, c'est le principe de libre circulation des produits, des professionnels et des malades qui prévaut. Les attitudes protectionnistes des Etats ont été levées par la jurisprudence européenne. Depuis des arrêts récents, la libre circulation est assurée pour des soins urgents ou programmés : l'assurance maladie les prend

en charge. Les seules barrières existantes ont pour objet d'éviter de mettre en péril l'assurance maladie et de créer des files d'attente.

En ce qui concerne l'équivalence des diplômes, les seules exigences portent sur les pays entrants. En matière de sécurité sanitaire, les barrières subsistent.

Quels sont les enjeux pour la politique de santé ? Adapter les professionnels aux évolutions de leur emploi et de leurs pratiques professionnelles (certification, accréditation). Cela suppose un accompagnement lourd en matière de formation.

Le **POINT**
DE **VUE**
DES **EXPERTS**

La mise en œuvre du transfert aux Régions des formations sanitaires et sociales

DR PHILIPPE CHEVREUL, VICE-PRÉSIDENT DE LA RÉGION DES PAYS DE LA LOIRE, ANCIEN PRÉSIDENT DU COMITÉ DE COORDINATION DES PROGRAMMES RÉGIONAUX DE L'APPRENTISSAGE ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE

Avant la loi de 2002, les formations sanitaires et sociales étaient le dernier volet de la formation professionnelle jusqu'alors encore centralisé. **Quelles étaient les compétences antérieures des régions en matière de formation ?** D'une part, les lycées (Éducation nationale et agriculture) : fonctionnement, construction, investissements, sans les aspects pédagogiques, ni les enseignants.

D'autre part, une compétence dite « de droit commun » en matière de formation professionnelle, acquise progressivement : demandeurs d'emplois, jeunes de 16 à 25 ans en difficulté, apprentissage... un champ

de compétence par ailleurs partagé avec l'Etat (AFPA) et les partenaires sociaux (salariés en entreprise).

« *Formations sanitaires et sociales : les compétences régionales substituées à celles de l'Etat sont réelles mais à géométrie variable et le financeur - la Région - n'est pas le seul décideur...*

Dans le domaine social, l'Etat conserve la responsabilité pédagogique et la délivrance des diplômes. La Région définit la politique de formation des travailleurs sociaux, recense les besoins et finance les établissements de formation initiale qu'elle a agréés. Le Département, coordonnateur de l'action sociale sur son territoire, est consulté sur le contenu des formations et doit être associé à la définition des besoins. Dans le domaine sanitaire, l'Etat conserve la responsabilité pédagogique et la délivrance des diplômes, ainsi que la définition des besoins nationaux et régionaux. La Région répartit les quotas sur son territoire (à l'exception des sages-femmes) entre les établissements qu'elle a agréés, sans distinguer formation initiale ou continue. Elle agréée également le Directeur (à l'exception des sages-femmes), finance les établissements publics et participe au financement des établissements privés. Le Département n'a aucune compétence particulière.

Enfin, les Régions incluent dans leur PRDFP (Plan Régional De Formation Professionnelle) les schémas régionaux de formation sanitaire et social.

... les nouveaux partenaires ne se connaissaient pas ou peu auparavant. »

L'Etat, tant au niveau national (ministères) que régional (DRASS – ARH), les Conseils régionaux, les établissements de formation souvent spécialisés dans le domaine sanitaire et (ou) social, donc n'interve-

nant pas dans les autres domaines déjà de compétence régionale, les professionnels (établissements sanitaires et sociaux, partenaires sociaux) et les départements qui au nom de la « non hiérarchie » des collectivités n'ont pas de structures formalisées de concertation doivent apprendre à se connaître.

Le tout dans un contexte de besoins grandissants de formation du fait du vieillissement de la population, de l'évolution d'un paysage social plus complexe et de professionnels proches de la retraite. Et une nécessité de maîtrise financière des dépenses publiques.

« Comment définir le champ de la décentralisation, comment délimiter le champ du transfert ? »

Première difficulté : l'ambiguïté entre formation initiale et formation continue et la coexistence de deux définitions différentes. Pour les Conseils régionaux, la formation continue concerne les salariés en entreprise (financée par les OPCA) et les demandeurs d'emploi (financement régional).

La formation initiale se déroule en milieu scolaire (ou universitaire) ou en apprentissage. Pour les ministères de la Santé et des Affaires sociales, la formation initiale recouvre toutes les formations diplômantes conduisant à un métier, que l'étudiant soit salarié ou non. La formation continue concerne seulement les formations com-

plémentaires en cours d'emploi.

Deuxième difficulté : quelles sont les formations financées par la loi ? Dans le secteur social, il s'agit des formations conduisant à un métier de travailleur social (référence article L. 451-1 du Code de l'action sociale et des familles). Il n'existe pas de liste limitative et la situation est évolutive. Dans le secteur sanitaire, la liste est limitative. Elle comprend douze professions dites réglementées (aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier, technicien de laboratoire...) à l'exclusion des médecins, pharmaciens et des chirurgiens dentistes.

Troisième difficulté : les formations dispensées dans les établissements secondaires ou universitaires. Certains métiers ne sont pas préparés par des établissements dépendant du ministère de la Santé : orthophoniste, orthoptiste, opticien lunettier, diététicien. Il y a aussi la filière des BTS (lycées) ou des IUT, pour lesquels la loi prévoit des conventions Région – Etablissement. Enfin, il y a le cas particulier des manipulateurs d'électro radiologistes.

« La régionalisation n'a jamais été un nivellement par le bas. »

Reste la question de la régulation des flux et de l'offre de formation. Les besoins vont aller en augmentant, mais comment combiner les missions des différents acteurs et

ÉCLAIRAGE Décentralisation... les lois de 2002 et 2004

Loi relative aux libertés et aux responsabilités locales, 13 août 2004 (JO du 17)

Cette loi prévoit d'importants transferts de compétences, à compter du 1er janvier 2005, au profit des différentes collectivités territoriales tout en favorisant une meilleure identification de leurs missions respectives. Elle tend à soutenir et à amplifier la dynamique de l'intercommunalité. Un nouveau principe : la Région définit et met en œuvre la politique régionale d'apprentissage et de formation professionnelle des jeunes et des adultes à la recherche d'un emploi ou d'une nouvelle orientation professionnelle. De nouvelles responsabilités sont confiées à l'échelon régional. Parmi elles :

- la détermination de la nature, du niveau et des conditions d'attribution de l'indemnité compensatrice forfaitaire versée aux entreprises qui embauchent en contrat d'apprentissage ;
- l'enregistrement des contrats d'apprentissage et la réception de la déclaration préalable à l'embauche d'apprentis (désormais confiés aux Conseils régionaux) ;
- l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan régional de développement des formations professionnelles, ayant pour objet de définir une programmation à moyen terme des actions de formation professionnelle des jeunes et des adultes et de favoriser un développement cohérent de l'ensemble des filières de formation ;
- l'organisation d'un réseau de centres et points d'information et de conseil sur la validation des acquis de l'expérience (VAE) et l'assistance des candidats à la VAE...

Loi relative à la démocratie de proximité, 27 février 2002 (JO du 28)

Cette loi définit un statut de l'élu local comportant un régime indemnitaire de formation et de protection sociale et les limites de sa responsabilité juridique dans l'exercice de ses attributions. Elle confie aux collectivités des pouvoirs supplémentaires en matière économique, culturelle et de patrimoine.

>>>

la participation financière des régions ?

Tout aménagement de cursus pédagogique, d'augmentation de formés entraînera une charge pour les régions qu'elles devront assumer seules sans nouvelle compensation.

Quel pourra être le rôle des nouveaux PRDFP incluant les schémas régionaux des formations sociales et sanitaires ? Les régions ont, dans le cadre de la loi, la liberté d'aller plus loin dans le financement des Instituts ou dans la réglementation des bourses, mais sans compensation financière.

D'où la nécessité d'une nouvelle gouvernance des politiques de formation sanitaire et sociale et d'une redéfinition du rôle des acteurs. La régulation est nécessaire, par le biais d'une expertise nationale et régionale des besoins et la création d'outils de régulation. La réflexion sur une diversification des voies d'accès à la qualification est engagée. Les régions sont très intéressées par la VAE.

Où en est-on, un an après l'application théorique de la loi ? Le transfert des bourses, des formations sociales et sanitaires a bien eu lieu en 2005 : les décrets sont parus. Une provision permettant d'accompagner financièrement les transferts a été versée aux

régions. Le travail très positif de la CCEC (Commission d'évaluation des coûts) permettra d'évaluer le montant des transferts à l'euro près et de modifier la règle des 3 et 5 ans. Le dialogue entre les partenaires est vraiment institué. Par contre, aucun décret permettant d'ouvrir de nouvelles écoles n'est paru et aucune véritable innovation par rapport à ce que faisait l'Etat n'a été initiée.

En conclusion, cette loi va dans le sens de la clarification des compétences entre l'Etat et la Région, mais reste complexe et soulève des interrogations, dans un contexte démographique et social en évolution et d'une modification des cursus de formation, surtout dans les niveaux 1, 2 et 3 (intégration des études dans le cadre du « LMD »).

Quelle articulation entre la loi de décentralisation et la loi sur la FPC ? Le mot « Région » n'est pas écrit une seule fois. L'OPCA a besoin de la Région et la Région a besoin de l'OPCA : une réflexion est nécessaire aux plans régional et national. Il y a nécessité de clarification. ■■■



Le plan régional de développement des formations et l'articulation avec les contrats de professionnalisation de la Branche

M. JACQUES BLANC, DIRECTEUR DE LA FORMATION ET DE L'APPRENTISSAGE AU CONSEIL RÉGIONAL PACA

La marge de manœuvre de la Région dans le champ sanitaire et social est très limitée. La décentralisation est l'aboutissement d'un processus de désengagement de l'Etat. Il y a un manque de transparence sur les dispositifs, les financements des établissements de formation et les transferts financiers. Le législateur n'a pas pris en compte le fait que la formation est quelque chose de vivant, un domaine évolutif, y compris en matière de financements. La compétence des régions est encadrée financièrement.

Les quotas sont figés, comme l'offre de formation qui en découle. Conséquence : la capacité des régions est limitée. La préexistence des quotas entraîne une difficulté d'adapter l'offre de formation aux besoins réels. Sans possibilité de négociation, comment gérer plus de personnes dépendantes au niveau régional ? Autre problème : il n'existe pas d'état des lieux de l'offre de formation. En PACA, les établissements de formation sont au maximum de leur capacité, de même que les terrains de stage, et il n'y a pas de possibilité d'évolution réelle. Le coût des infrastructures exige également une réponse : le financement des investissements n'est pas prévu, hors celui des amortissements. Enfin, s'agissant du coût des formations, il n'y aura jamais de transfert de coût de l'euro à l'euro.

Face à ces difficultés, l'Etat a demandé à la Région de conduire un état des lieux puis une étude complémentaire afin d'établir un cadre budgétaire et comptable commun à l'ensemble des établissements permettant de comparer les coûts. Et ce avant d'engager la réflexion et les discussions avec les établissements.

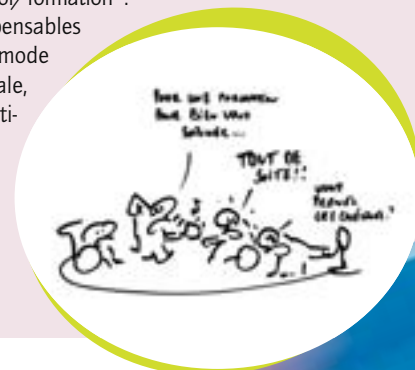
« Structurer les partenaires sociaux pour aller vers des contrats d'objectifs, des accords cadres tripartites entre représentants d'employeurs et syndicats de salariés sur l'emploi et la formation au niveau régional. »

Quelles sont les pistes d'une décentralisation réussie ?

1/ **Construire une expertise régionale** sur les qualifications et les modes de construction des qualifications et décliner regionalement la politique de branche et des outils emploi/formation comme l'observatoire de la formation de la branche.

2/ **Engager un travail partenarial** avec les départements, les professionnels et l'offre de formation afin de construire un schéma régional en associant les partenaires sociaux. Nous avons besoin d'interlocuteurs en capacité de dialoguer dans les commissions emploi/formation : les échanges sont indispensables pour imaginer un nouveau mode de gouvernance régionale, sans dissocier les problématiques emploi/formation.

>>>



ÉCLAIRAGE

Du PRDF au service public régional de formation : l'expérience PACA

Depuis 2002, les acteurs de la formation professionnelle initiale et continue de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur se réunissent au cours des **rencontres du Plan Régional de Développement des Formations (PRDF)**.

Objectif : mettre en place sur le terrain les réponses adaptées en termes de formation professionnelle et renforcer la concertation entre les différents acteurs publics (Etat, Education nationale, Départements, services publics de l'emploi, Région...) afin de donner plus de cohérence à leurs actions et d'améliorer l'efficacité des mesures envisagées.

En 2005, des **Assises Régionales de la Formation** ont oeuvré pour la construction d'un véritable service public de formation en PACA, qui sera mis en œuvre en septembre 2006.

Objectif : poursuivre et développer la réflexion régionale sur les enjeux et les évolutions nécessaires de la politique de formation professionnelle continue et d'apprentissage, développer et structurer un véritable service public de formation tout au long de la vie. Une démarche en quatre temps, au terme de laquelle doivent être tracées les perspectives des nouvelles orientations de la formation professionnelle continue et de l'apprentissage 2006-2010.

>>>

3/ **Avoir des lieux de concertation**, notamment pour le développement de l'apprentissage. Il existe déjà un CFA pour l'hospitalisation privée, pourquoi ne pas l'élargir au public ? Autre objectif : faire en sorte que le contrat de professionnalisation devienne un outil pour former les aides-soignants, en travaillant notamment avec les Assédic sur la question de la formation des demandeurs d'emploi.

« Construire une structure régionale afin de sortir de la logique segmentée entre projets et interlocuteurs et aller vers la complémentarité. »

La réponse pour demain est dans des partenariats multiples et non univoques. Une approche globale est nécessaire, entre formation initiale, formation continue et OPCA, afin de mieux répondre aux besoins locaux. La VAE est au cœur de ces discussions. Nous devons adopter une logique d'amélioration de la complémentarité entre offre initiale et continue et penser plus globalement les dispositifs de formation, sans les segmenter.

M. Michel Vauzelle a présenté une délibération concernant la mise en place d'un service public régional de formation. On ne peut pas répondre seul aux enjeux : il faut trouver une place pour chacun. Le rôle de la Région est de coordonner l'ensemble des partenaires afin que chacun joue son rôle, l'intégralité de son rôle, et uniquement son rôle. ■

Un partenariat régional de FORMAHP avec l'Etat : la démarche formation RH en Aquitaine

M. CLAUDE MALPELAT, DÉVELOPPEMENT ET ACCOMPAGNEMENT DE LA POLITIQUE CONTRACTUELLE DE FORMATION, DRTEFP AQUITAINE

En septembre 2000, des premiers contacts ont eu lieu entre FORMAHP et la DRTEFP d'Aquitaine. Dès le lancement de ce partenariat, la démarche s'est inscrite dans une logique de projet et non de guichet. La volonté était de mobiliser les petites structures en développant une offre de formation qualitative et incitative de proximité. L'ensemble des personnels, y compris les premiers niveaux de qualification, étaient visés.

« Accompagner des problématiques différentes de celles habituellement abordées et proposer des actions collectives en adéquation aux besoins de la profession. »

Autre particularité du projet : le volet « évaluation » permettait de disposer, à froid, d'un bilan d'impact du dispositif. Un groupe d'experts, émanation du groupe paritaire régional d'appui, a été réuni sous l'égide d'un consultant extérieur avec pour mission de construire des indicateurs d'évaluation et d'élaborer des questionnaires.

En juin 2001, un groupe de travail a été constitué au niveau local, réunissant des directeurs de cliniques et de maisons de retraite. Il s'est vite révélé nécessaire de développer des actions de formation sur le volet « RH » et d'avoir une réflexion sur l'usure professionnelle. En septembre de la même année, les travaux du consultant et du comité de pilotage ont démarré. >>>

La démarche «RH 2002-2004» : paroles d'établissements

Mme Marie-José CRABOT

Directrice des soins et responsable formation

Clinique Tivoli, Bordeaux

- 190 salariés
- 122 lits
- *Chirurgie générale et cancérologie*

Une cinquantaine de salariés de la clinique ont déjà suivi des formations. Au départ, seuls les personnels soignants étaient concernés, puis des administratifs ont pu suivre les stages « prise de parole » et « faire face à l'agressivité ».

Participer au Groupe Paritaire Régional d'Appui, c'était l'opportunité ou jamais de pouvoir agir sur les contenus et le fonctionnement des modules.

La formation est un moyen formidable d'épanouissement de soi, d'accomplissement professionnel et de partage d'expériences, un élément de motivation et de fidélisation qui bénéficie à tout l'établissement.

Les douze membres du Groupe Paritaire Régional d'Appui ont été choisis car ils sont représentatifs de toutes les spécialités de santé d'Aquitaine. Notre rôle : faire remonter les attentes de la direction et des salariés de nos établissements.

L'originalité du projet, c'est que l'évaluation est réalisée à moyen et long termes – 6 mois et un an. Au sein du groupe d'experts, nous sommes mobilisés pour bâtir des grilles d'évaluation simples. L'intérêt de la démarche : il s'agit d'un projet construit, avec une vraie enquête de terrain au départ pour recenser les besoins, une sélection rigoureuse des organismes de formation et un contrôle à chaque étape par une instance paritaire.

M. Gilles FOURNIER

Responsable formation et qualité

Clinique Château Lemoine, Cénon

- 90 salariés
- 90 lits
- *Cardiologie et soins de suite*

M. Gérard**Angotti***Vice-président de la
FHP, ancien Président
de FORMAHP*

Tout est fait pour que la formation soit développée dans la profession.

Nous nous évertuons depuis des années à faire en sorte que FORMAHP soit le premier acteur de la formation de l'hospitalisation privée et ce, en partenariat avec l'ensemble des centrales syndicales. Je crois que nous y sommes arrivés. Nous sommes pratiquement le seul OPCA de l'hospitalisation privée en France aujourd'hui. Nous avons, de surcroît, au fil des années, compte tenu des liens qui ont été tissés avec les pouvoirs publics, obtenu des subventions supplémentaires pour améliorer nos formations, tant des conseils régionaux et généraux que des Fongecif, avec lesquels nous avons conclu des accords importants.

Nous avons anticipé beaucoup de choses pour FORMAHP car nous avons la chance d'avoir une visibilité sur ce qui va se passer au plan national, et donc de pouvoir un peu anticiper. Nous avons réussi à obtenir des partenaires sociaux cinq signatures homogènes pour l'accord de formation professionnelle tout au long de la vie, nous en sommes tous très fiers. Cet accord se met en place dans les meilleures conditions.

Nous avons un programme pour l'avenir qui est très précis, très consensuel, compte tenu des nouveaux statuts et du fait qu'aujourd'hui FORMAHP peut plus facilement gérer son avenir. Je suis confiant pour l'avenir de FORMAHP.

>>>

Trois grandes filières ont été identifiées : soins, services généraux, services à la personne.

L'analyse de neuf emplois a abouti, pour chacun, à une définition des fonctions et des référentiels compétences et à une identification des besoins en formation, répartis en trois grands domaines : ressources humaines, relations humaines, communication.

Première réaction « à chaud » : l'indice de satisfaction est globalement très élevé. Les résultats de l'évaluation à froid ? Plusieurs mois après, les supports pédagogiques sont toujours régulièrement utilisés.

Différents outils ont été mis en place : fiches de poste, grilles d'évaluation et planning d'entretien.

Et plusieurs indicateurs témoignent d'une évolution des pratiques au sein des établissements concernés :

- augmentation des entretiens d'accueil ;
- amélioration de la communication interne ;
- développement des pratiques de compte rendu et reporting ;
- participation plus active aux réunions ;
- amélioration du travail en équipe et collaboration inter-services ;
- mise en place de groupes de travail ou de parole ;
- prise de distance avec les situations d'agressivité ;
- meilleure connaissance des symptômes,
- amélioration de la connaissance des missions et fonctions ;
- augmentation de l'efficacité ;
- meilleure implication des agents.

La démarche «RH 2002-2004» : portrait d'un

MISE EN ŒUVRE

- Conventonnement avec un cabinet-conseil sur un financement DRTEFP/FSE/FORMAHP.
- 2 instances régionales de décision : Comité de pilotage (représentants paritaires, DRTEFP, DRASS) et Groupe paritaire régional d'appui (suivi et prévalidations techniques).
- Travail structuré en 2 phases : analyse des besoins en compétences et élaboration de plans de formation dans le domaine « RH » adaptés aux métiers identifiés.

MODULES DE FORMATION PRIORITAIRES

- 8 modules de formation ont été retenus et sont développés depuis 2002 : techniques d'entretien d'évaluation et de recrutement, fonction tutorale, conduite de projet, prise de parole, faire face à l'agressivité, gestion du stress en situation professionnelle, accueil du patient, travail d'équipe.
- En 2005, un nouveau module a été mis en œuvre : pilotage des changements.



Le financement de la décentralisation au cœur du débat

« Le système français a introduit le croisement des compétences et la décentralisation n'a pas clarifié les choses. La Région n'est pas le principal financeur. Je n'aime pas le mot désengagement, mais il est évident que l'Etat renonce par la loi à un certain nombre de ses prérogatives, notamment au financement des formations sanitaires et sociales ; le relais doit être pris par les Conseils régionaux. Il faut des financements croisés combinant fiscalité de l'Etat transférée, fiscalité régionale, et fonds des OPCA. Les régions ont toujours su accompagner les actions décidées par les partenaires sociaux en matière de formation professionnelle. »

M. PHILIPPE CHEVREUL

« Les contentieux entre organismes de formation et régions se développent. Prenons l'exemple des bourses sanitaires et sociales jusque là gérées par les départements : en PACA, on dénombre 700 recours en contentieux sur 2 500 bourses en 2005. Il y a 6 départements en PACA, les règles du jeu sont différentes de l'un à l'autre. Le règlement régional doit permettre de lisser les comportements. Autre point : la taxe d'apprentissage. Tous les ans, le paysage institutionnel change. La collecte de la taxe d'apprentissage est totalement inefficace : l'argent n'est pas redirigé vers les CFA. »

M. JACQUES BLANC

« Le problème du financement, c'est le nerf de la guerre. Seul l'enseignement supérieur reste dans le giron de l'Etat. Il faut remettre de la proximité dans la notion de gestion. On peut discuter de la méthode de transfert de la fiscalité nationale sur la fiscalité locale : où arrête-t-on les compteurs... ? Le problème est celui de l'assiette : qui est imposé ? On ne peut pas concevoir des réformes aussi lourdes que la décentralisation sans un accompagnement d'une réforme fiscale locale et nationale. Il faut aller jusqu'au bout de la démarche et entamer une réflexion approfondie pour rendre ce transfert équitable. »

M. EDOUARD COUTY

EDDF réussi

PUBLICS CIBLES

- Secrétaire administrative d'accueil
- Cadre infirmier surveillant
- IDE
- IDE référent
- Aide-soignant
- Auxiliaire de vie (AMP)
- ASH
- Responsable des ressources humaines
- Qualiticien

RÉSULTATS (AVRIL 2002 À AVRIL 2005)

- Plus de 80 établissements concernés
- 801 stagiaires pour 697 bénéficiaires
- 25 500 heures de formation, soit une moyenne de 37 heures par bénéficiaire
- Public féminin à 96%
- Profil des bénéficiaires : 77% de CSP « Ouvriers » et « Employés », 59% ont de 25 à 44 ans, 36% ont plus de 45 ans,

MONTAGE FINANCIER

- Etat (EDDF / DRTEFP Aquitaine)
- Union européenne (Fonds Social Européen)
- FORMAHP



18
THÈME 2

Si le paritarisme constitue une réalité importante dans le domaine de la santé, il est incontestablement au cœur du dispositif de la formation professionnelle. Expression de la dualité du monde du travail, le paritarisme occupe une place réelle au sein de l'entreprise : la réforme de la formation professionnelle instaurée par la loi du 4 mai 2004 accorde au salarié un fort degré d'initiative dans la définition et la mise en œuvre de son projet professionnel. La formation tout au long de la vie devient un point de convergence utile et nécessaire entre les aspirations du salarié et les préoccupations de l'employeur.

SANTÉ FORMATION : le paritarisme et de l'emploi

Le **POINT**
DE VUE
des **EXPERTS**

L'importance du paritarisme dans la politique nationale emploi - formation

M. PHILIPPE MEHAUT DIRECTEUR DE RECHERCHE AU CNRS

Célébrer l'anniversaire de FORMAHP début 2006 est une bonne chose car c'est la première année de mise en œuvre des accords de branche. C'est à partir de maintenant que les choses vont se jouer, à l'issue d'un processus de réforme important, car notre système de formation professionnelle continue donnait des signes sérieux d'essoufflement. Nous étions loin des enjeux de formation tout au long de la vie de l'Union européenne et il était temps de s'engager dans des évolutions.

« Cette réforme s'inscrit dans la continuité du paritarisme à la française. »

Les partenaires sociaux ont joué un rôle très important dans la négociation du nouveau cadre de la formation professionnelle continue. Il s'agit bien sûr de leur rôle traditionnel, mais différent de celui rempli en 1970 : à l'époque, le contenu du dispositif de formation avait été « soufflé » par l'Etat, les organisations représentatives des employeurs et des salariés n'avaient rien dans leur musette au moment de la négociation. En 2003 au contraire, les rôles sont inversés : les partenaires sociaux réforment face à un Etat « en creux », qui se retire progressivement du champ de la formation professionnelle sans jouer un rôle très moteur dans l'évolution du cadre légal.

La loi conforte et renforce le paritarisme à travers le rôle des

OPCA pour la collecte, et celui des branches pour la définition des priorités. Nouveauté : elle crée les conditions d'un paritarisme stratégique de développement et non plus seulement de gestion. L'Accord National Interprofessionnel ne porte pas sur la formation mais sur la progression professionnelle : la formation est l'un des outils au service du développement professionnel. L'accord et la loi imposent une approche élargie de la palette des outils et des systèmes qui reconfigurent la formation professionnelle, tels la VAE : on sort du modèle de stage. La réforme instaure aussi un nouveau rapport au temps de travail et la recherche d'un nouvel équilibre entre entreprises et individus, à travers le DIF notamment. Cette réforme s'inscrit dans un con-

e, à la convergence du salarié oyeur

texte de besoins nouveaux : évolution des besoins de santé, vieillissement de la population, technicisation et qualité des actes de prise en charge, transformation des modalités de financement de la santé et du social... Autant d'éléments qui ont des conséquences sur les besoins de qualifications et de compétences.

« Des enjeux stratégiques de renouvellement et d'expansion de la main d'œuvre dans les 10 années à venir. »

Les pyramides des âges sont moins préoccupantes dans les cliniques privées que dans d'autres secteurs, mais les besoins vont se manifester dans un contexte différent, celui d'un marché du travail déjà tendu sur certaines professions et qui pourrait encore se durcir.

Un indicateur intéressant : d'après une étude de prospective sur 15 ans des nouveaux métiers, réalisée par la DARES, quinze familles professionnelles vont augmenter de plus de 3% leurs recrutements annuels. Parmi elles, quatre

familles représentent 75% des effectifs des établissements du social et de la santé : assistantes maternelles et aides à domicile, aides-soignantes, infirmières et sages-femmes, agents d'entretien et ASH.

Dans la branche du sanitaire et social, les recrutements sont un peu plus dépendants du système de formation. D'où la nécessité de mobiliser toutes les ressources (entreprises, régions...), sachant que les budgets consacrés à la formation y sont moins importants en moyenne que ceux des autres branches. Face aux enjeux de renouvellement des compétences, des solutions par la formation et une gestion plus dynamique du développement professionnel doivent être mises en oeuvre. Ceci en tenant compte des difficultés particulières du secteur et de ses spécificités : professions réglementées, petite taille des établissements, concurrence... Et, peut-être, des besoins plus forts d'organisation collective, de mutualisation.

« La nécessité de mixer les acteurs s'impose face à la complexification du paysage, au nécessaire renforcement de l'articulation entre la Branche, les entreprises et les territoires (actions prioritaires et politiques d'entreprise, mobilisation des fonds complémentaires). »

Autour de ces enjeux, le dialogue entre partenaires sociaux et la reconfiguration du dialogue entre l'Etat et les régions sont donc de première importance. Pourquoi ? Pour la mise en œuvre de l'accord de branche.

>>>



Je crois beaucoup en l'avenir de FORMAHP et à l'avenir sous cette forme paritaire.

Je n'ai cessé de répéter qu'un secteur professionnel qui ne s'intéressait pas à la formation de ses personnels était un secteur condamné d'avance. Cela voulait dire que je croyais beaucoup à la formation. J'en avais fait dans mon entreprise et je pensais qu'il fallait développer cela beaucoup plus et sur une plus grande échelle.

FORMAHP était l'occasion de réaliser ce que je souhaitais faire depuis de longues années. C'était basé sur une idée nouvelle pour nous : le paritarisme. Ce ne fut pas facile, parce que le paritarisme a été mal ressenti, mal supporté, mal accepté, par les administrateurs de la fédération que je présidais. Dans leur esprit, le paritarisme correspondait à une prise de pouvoir par les salariés, ce qu'ils ne souhaitaient évidemment pas.

Le paritarisme est quelque chose qui comporte des règles, des obligations, des satisfactions, et aussi quelques difficultés, c'est le moins que l'on puisse dire. Tout ceci nécessite que chacun y mette du sien. Je suis très persuadé et très convaincu que le social est un droit, mais il n'y a pas de droit sans devoir et par conséquent, on ne peut pas faire l'un sans parler de l'autre. C'est ceci que, petit à petit, nous avons fini par faire comprendre aux uns et aux autres, aux salariés bien sûr, aux délégations salariales, mais aussi aux délégations patronales, qui n'avaient pas tout à fait admis cela.

Aujourd'hui, tout cela est en ordre et nous faisons en commun un travail dont je me félicite tous les jours un peu plus.

>>>

Les dispositifs instaurés par la réforme restent à interpréter et à faire vivre : classement des actions dans le plan de formation, interprétation des périodes de professionnalisation, définition des priorités pour les contrats de professionnalisation, négociation d'entreprise... C'est avec les partenaires sociaux et dans la discussion d'entreprise que les enjeux vont être clarifiés.

L'individualisation passe par l'individu... Mais comment mobiliser et accompagner les salariés afin qu'ils deviennent plus actifs dans la construction de leurs parcours professionnels ?

L'accompagnement, question centrale, repose sur tous les acteurs, et notamment

sur les organisations syndicales, pour qui la modification de ce rapport aux salariés constitue un véritable défi.

Quel rôle nouveau pour FORMAHP, pour les DRH ? L'OPCA est l'interlocuteur de l'entreprise : il doit construire des outils d'accompagnement, qui s'adressent aux salariés et pas uniquement par la médiation de l'employeur.

Subsistent également des zones d'incertitude. La VAE est un enjeu très fort pour le secteur sanitaire et social sans encore trop de réponses. Le DIF, nouveauté institutionnelle, démarre, mais pose un grand nombre de questions. L'ampleur de la demande de DIF posera en particulier celle de son financement. ■



Nouveautés de la réforme dans l'initiative entre employeur et salarié

M. SERGE HOSTAILLER DIRECTEUR ADJOINT DE LA CLINIQUE SAINT-PIERRE, PERPIGNAN

A l'origine de la réforme de la formation professionnelle, il y a une double volonté. Une volonté partagée des partenaires sociaux qui a conduit à l'ANI de décembre 2003 et à l'accord de branche de décembre 2004. Et une volonté politique qui a donné naissance à la loi du 4 mai 2004 relative à la formation tout au long de la vie. Objectif de la réforme : permettre à chaque salarié de devenir acteur de son parcours professionnel.

Comment concilier les besoins de l'entreprise en termes de compétences et de qualifications avec les aspirations des salariés ? Le nouveau dispositif distingue trois niveaux d'initiative dans la mise en œuvre de la formation : l'initiative principale de l'employeur, à travers le plan de formation, le contrat de professionnalisation et la période de professionnalisation, une initiative partagée salarié / employeur dans le cadre du DIF, et une initiative propre au salarié avec le CIF.

La principale richesse au sein de notre entreprise est notre personnel. Nous avons donc mis en place un plan d'action et créé un poste consacré exclusivement à la formation professionnelle. Ses missions sont essentielles : assurer une veille de gestion des emplois et mettre en œuvre une démarche prospective et de planification appuyée sur l'évolution de l'environnement, la stratégie de l'entreprise et l'évolution de la pyramide des âges, organiser l'information et la formation de l'encadrement, du responsable du personnel et de l'ensemble des salariés et enfin développer des règles communes au sein de la clinique.

« Un objectif principal : maintenir l'employabilité des salariés et favoriser leur évolution interne. »

Sur la base des orientations et priorités retenus par l'accord de branche, il est nécessaire de trouver des règles objectives, explicites et lisibles de tous afin de respecter un principe d'équité entre les salariés, d'une part, et de rapprocher les besoins de l'entreprise à court, moyen et long terme avec les aspirations des salariés, d'autre part.

Cela passe forcément par une discussion partagée avec les instances représentatives du personnel, sur deux points : informer et former les instances représentatives du personnel sur le nouveau dispositif, déterminer les modalités afin d'y parvenir et les critères d'éligibilité, à partir des besoins de l'entreprise.

Doivent ainsi être décidées, dans le cadre du dialogue social : les modalités d'accès au contrat d'apprentissage et au contrat de professionnalisation, les actions relatives à l'adaptation au poste de travail, à l'évolution des emplois et maintien dans l'emploi, au développement des compétences dans le cadre du plan de formation, la mise en place des périodes de professionnalisation, le processus annuel de gestion du DIF, les modalités de mise en œuvre de l'entretien professionnel.

>>>

du **CÔTÉ**
des **partenaires**
sociaux

M. Symphorien

Atangana

*Délégué Fédération
santé, médecine,
action sociale CFE-CGC,
ancien Président par
intérim de FORMAHP*

Un lieu d'échange et d'écoute qui permet ensuite à FORMAHP d'agir au mieux en faveur de la formation des salariés.

Mon intérim à la présidence de FORMAHP a eu lieu à un moment déterminant pour l'évolution de la gestion paritaire de notre OPCA.

L'accord du 22 décembre 1994 créant FORMAHP comportait, entre autre, un compromis entre la situation de deux fédérations de cliniques privées, la FIEHP et l'UHP. D'un côté la FIEHP, très attachée à la gestion directe de sa collecte auprès des établissements entrant sur son champ, très attachée également à son ASFO, et donc, peu habituée au paritarisme, et, de l'autre côté l'UHP qui avait déjà effectivement une certaine expérience d'une gestion paritaire avec les organisations syndicales.

Il fallait en quelque sorte simplifier notre organisation, l'unifier. C'est donc ce qui a été fait au moment où j'ai pris l'intérim, puisqu'à cette époque, nous avons réussi à nous séparer de l'ASSOC HP, à intégrer le personnel au sein de FORMAHP et à avoir une direction unique de l'activité de l'OPCA.

La qualité du paritarisme est liée à la qualité des personnes et nous avons, depuis 2001, fait l'expérience à FORMAHP de séminaires partagés, c'est-à-dire communs, réunissant les représentants des employeurs et des salariés.

Cette expérience nous apprend à prendre un peu plus de recul par rapport à nos représentations spécifiques et à regarder ensemble en même temps l'objet qui fait que nous siégeons les uns et les autres dans cette instance paritaire qui est FORMAHP.

>>>

« Permettre aux représentants du personnel d'assurer leur rôle en matière d'information des salariés sur le nouveau dispositif, et de les accompagner dans l'élaboration et la mise en œuvre de leur projet professionnel. »

Comment concilier besoins de l'entreprise et aspirations du salarié ? L'entretien professionnel constitue un temps privilégié, un échange

entre le salarié et son responsable avec pour but d'exprimer les besoins de l'établissement en matière de formation et d'identifier des besoins propres au salarié et comment les inscrire dans ce nouveau dispositif.

Il est encore trop tôt pour tirer les enseignements du nouveau dispositif. Cependant, pour « rendre le salarié acteur de son évolution professionnelle », principal objectif de la réforme, une discussion partagée entre la Direction, les instances représentatives du personnel et le salarié s'impose, afin que ce dernier puisse, demain, mieux vivre sa vie d'entreprise. ■

Le **TERRITOIRE**
en **ACTIONS**

Professionnalisation de la prise en charge des personnes âgées dans le secteur « médico-social »

M. JEAN-LOUIS BERTHOMIEU DIRECTEUR DE LA MAISON DE RETRAITE LA VILLA D'ÉPIDAURE, LA CELLE SAINT-CLOUD

La population hébergée dans les établissements du champ médico-social est en constante évolution démographique vers de plus en plus de dépendance physique et psychique. Actuellement, 220 000 personnes âgées, très dépendantes, (GIR 1 à 4) sont hébergées dans nos établissements et la situation s'aggrave vers de plus en plus de dépendance psychique. En 2020, il y aura 1 million de personnes très dépendantes, une personne sur deux atteinte d'une maladie Alzheimer ou apparentée.

D'où des conséquences sur les structures et les soignants : c'est là que le lien entre les adhérents et FORMAHP doit évoluer.

« Les EHPAD doivent s'adapter en améliorant la qualité et en augmentant leurs effectifs. »

C'est l'objet des conventions tripartites conclues entre les établissements, les départements et les régions : l'accent est mis sur l'amélioration de la qualité à travers, notamment, une augmentation des effectifs de 10 à 15%. Evidemment, tout cela n'est pas sans incidence sur le fonctionnement des établissements.

Les EHPAD ont créé de nouveaux postes pour atteindre les objectifs fixés. Des infirmières salariées ont par exemple remplacé les infirmières libérales : c'était un moyen d'assurer l'égalité et la coordination des soins, ainsi que la cohérence du projet médical. Puis des postes d'aides-soignants ont été créés au sein des établissements. Malheureusement, ils ne se sont pas traduits en embauches. Les pouvoirs publics n'ont pas anticipé et les postes ne sont pas pourvus. Il faut alors inventer d'autres voies pour compenser le manque de personnel qualifié. Les établissements tentent par exemple

de recruter des aides médico-psychologiques à la place des aides-soignants. Toutefois, le marché du travail ne répond pas non plus à ce besoin. Conséquences : les engagements d'amélioration de la qualité et d'augmentation des effectifs ne sont pas atteints, ce qui pose problème vis-à-vis de la tutelle.

« La solution : former les personnels des établissements déjà en poste en répondant à leurs besoins de qualification. »

Afin de sortir de l'impasse et de combler les manques de personnel, il fallait mettre en œuvre une politique >>>

3 questions À...

M. Yves DUPUIS > *Directeur de la résidence Fontaine, EHPAD, Asnières (Hauts de Seine)*

Dans votre établissement, quel est l'impact, en matière de qualification des personnels, des récentes évolutions de votre secteur ?

Nous sommes face à deux problématiques. La première est liée à la signature des conventions tripartites qui nous imposent un certain nombre de personnels spécialisés, comme par exemple des aides médico-psychopédagogiques, des infirmières et infirmières coordonnateurs, des cadres de santé ou des médecins coordonnateurs. La seconde concerne les personnels ayant un faible niveau de connaissance qui ont besoin de prendre confiance en eux et de progresser dans leurs savoirs de base.

Les exigences actuelles d'amélioration de la qualité du service aux personnes âgées nous imposent d'intégrer ces deux problématiques sans privilégier, au sein de l'entreprise, une catégorie par rapport à l'autre.

Quelles solutions mettre en œuvre pour répondre à ces enjeux ?

Certains changements peuvent se gérer en interne par des groupes de travail ou de réflexion, mais la formation est pour moi le moyen le plus fiable et le plus sûr pour faire évoluer en profondeur le personnel. Dans mon établissement, nous utilisons des formateurs externes pour des formations qualifiantes de type AMP

ou aides-soignantes, comme pour des formations de remise à niveau.

Pour certaines catégories comme les infirmières, c'est plus compliqué, car la formation est onéreuse et il nous faut des partenariats avec d'autres organismes que FORMAHP, tel le FONGECIF.

Quelle place tient FORMAHP dans votre politique de formation ?

Une place centrale ! Pour le plan de formation tout d'abord. Je l'élabore en liaison avec le Comité d'entreprise, puis je le sou mets à FORMAHP qui me permet ainsi chaque année de gérer beaucoup de formations thématiques, qualifiantes ou en alternance.

Des contacts réguliers avec les conseillers m'apportent un soutien technique régulier et m'aident à faire des choix entre les dispositifs les plus appropriés ; par exemple entre un contrat de professionnalisation ou une période comme j'ai eu à le faire récemment.

Ce que je souhaiterais, c'est que les conseillers soient encore plus disponibles pour cette fonction de conseil. Mais il est vrai que l'Île de France est une région importante... Je pense également que l'OPCA devrait développer des actions de communication en direction des salariés pour susciter, chez eux, davantage de motivation pour la formation.

ÉCLAIRAGE

Convention tripartite
et EHPAD : l'essentiel à savoir

La mise en œuvre de la réforme de la tarification des EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) passe par la mise en œuvre d'une démarche d'amélioration continue de la qualité dans le cadre d'une convention tripartite.

Mode d'emploi ?

- Convention signée pour 5 ans entre l'établissement, le président du Conseil général et l'autorité compétente pour arrêter le tarif de soins, c'est-à-dire le Préfet ou le directeur de l'ARH (Agence Régionale de l'Hospitalisation).
- Formalisation des engagements pris par l'établissement et de son fonctionnement sur le plan budgétaire et en matière de qualité de la prise en charge des personnes âgées.
- Document établi à partir d'un cahier des charges défini au niveau national (arrêté du 26 avril 1999) qui aborde tous les aspects de la vie de l'EHPAD.

Parmi ceux-ci : l'accueil et l'information des résidents et des familles, le respect des droits des résidents, le confort de l'hébergement, l'animation, la qualité et l'organisation des repas, l'aide à la vie quotidienne, la qualité des soins, l'accompagnement de la fin de vie, les relations avec l'environnement.



de formation en partenariat avec FORMAHP. La démarche de professionnalisation (DPE) proposée par l'OPCA répondait à nos attentes.

Nous avons démarré avec des entretiens de positionnement. L'objectif était de repérer les salariés qui pouvaient suivre directement la formation. Pour les autres, nous avons organisé des sessions de remise à niveau fin 2002. Tout au long de la démarche, les candidats ont bénéficié d'un soutien direct et personnalisé. Les premiers diplômés ont été obtenus en 2004.

Finalement il s'agit bien de gérer les ressources humaines : offrir à nos personnels une évolution professionnelle tout en répondant aux besoins de qualification des établissements en les prenant là où ils sont, c'est-à-dire parfois dans l'incapacité de se présenter à une formation sans remise à niveau.

Cet exemple ne se veut pas limitatif mais illustratif du travail accompli avec FORMAHP.

« Nous allons être confrontés à des problèmes accrus de dépendance et de polyopathie mais nous ne sommes pas prêts. »

C'est le défi des dix prochaines années. Les besoins de formation seront plus importants pour du personnel encore plus diplômé et performant. Comment se préparer ? Je veux inviter tous les partenaires et notamment FORMAHP à un peu de prospective. Puisque nous sommes d'accord sur les constats, comment prendre en charge les personnes très dépendantes avec le personnel qualifié pour le faire ? Dire à une famille qui a assuré le maintien à domicile d'une personne le plus longtemps possible qu'on ne peut l'héberger en maison de retraite, c'est impossible. C'est une question d'éthique du directeur. ■



L'anticipation des besoins au cœur du débat

« On ne peut jamais prévoir de façon assez fine les besoins, en cohérence avec les délais de formation. Chaque fois que l'on a essayé, on s'est trompé. On ne sait pas faire ce genre de planification à 10 ans. La société bouge, les nouvelles technologies explosent... On devrait être capable de connaître les besoins de renouvellement de la main d'œuvre. Mais cela suppose une coordination forte entre tous les acteurs. Dans la plupart des questions de formation, on ne peut pas traiter un dispositif de formation initiale sans avoir pensé aux dispositifs d'apprentissage, d'aides aux chômeurs et à la responsabilité des entreprises. Et l'anticipation du marché du travail repose aussi sur les entreprises. La coordination de tous les acteurs, et donc l'anticipation sont très compliquées dans le champ de la formation professionnelle. »

M. PHILIPPE MEHAUT

« Anticiper ? Qui, pour soi-même, souscrit une assurance dépendance ? Presque personne. Si une telle assurance apparaît anormale, il faut créer le cinquième risque, et assurer la prise en charge de la grande dépendance sur des cotisations plus élevées. Quoi qu'il en soit, nous allons devoir nous confronter au mode de financement de la grande dépendance demain. »

M. JEAN-LOUIS BERTHOMIEU

3 questions À...

M. Philippe PAYET > clinique « Les Rosiers », Dijon, centre de Médecine Physique et de Réadaptation, 110 ETP

Le contexte de la formation dans votre clinique ?

Dans mon établissement, la nécessité de la formation s'est imposée depuis longtemps et un véritable dialogue existe entre la direction et les représentants des salariés.

Pour le plan de formation, je diffuse dès le mois de septembre les priorités ciblées de l'établissement et les actions correspondantes. Ensuite, c'est au niveau du Comité d'entreprise que les choix s'opèrent.

Le DIF va venir en complément du plan, mais pour ce nouveau dispositif, c'est encore un peu flou : pour la direction, sur les questions de financement, et pour les salariés, par rapport à l'utilisation dans

ou en dehors du temps de travail. Il va falloir mettre cela rapidement au point avec l'aide de FORMAHP, compte tenu, surtout, des attentes fortes à l'égard de la formation dans mon établissement.

Quel est pour vous l'enjeu majeur en matière de formation pour les années à venir ?

La VAE, sans aucun doute. Cela fait 10 ans que nous en parlons dans la branche et on avance avec difficultés. Par exemple, pour les éducateurs spécialisés dans le médico-social ou pour les aides-soignantes dans le sanitaire, notre secteur. Je crois que c'est en partie une question de culture, mais on doit y parvenir.

Quand je vois des aides-soignantes faisant au quotidien des gestes d'infirmières, concrétiser ce savoir-faire par la VAE, ce serait formidable.

C'est un chantier essentiel et dans le cadre de la décentralisation, je pense que cela doit être mis en place avec le Conseil régional et la Délégation régionale de FORMAHP. La Région, c'est, à mon sens, le niveau pertinent pour un tel dispositif.

La formation vous permet-elle de répondre aux évolutions du secteur ?

La formation est un outil indispensable de réponse et d'anticipation. Ainsi, dans mon établissement, en 2006, quatre salariés, infirmières et médecins, vont

passer des diplômes d'Université, dans des domaines aussi importants que l'hygiène et la lutte contre les affections nosocomiales, la gériatrie et la gestion de la douleur.

Dans le secteur, l'OPCA joue un rôle irremplaçable en matière de financement et de conseil. Ce qui est une contrainte, c'est la question des diplômes, d'où l'intérêt de la VAE et la nécessité de réaliser avec la Région, les Universités et les Ecoles un vrai partenariat du type EDDF. Je crois que cela pourrait être un des objectifs de notre OPCA pour les années à venir.

26 THÈME 3

Face aux évolutions démographiques et à l'élévation du degré d'exigence des patients, cliniques et maisons de retraite doivent adapter et modifier leur offre.

Parallèlement, les règles de financement et de qualité fixées par l'Etat et l'Assurance maladie imposent une recomposition lourde du secteur.

Ces transformations ont des incidences majeures sur les ressources humaines. FORMAHP joue alors pleinement son rôle, en favorisant l'accès des professionnels à des formations désormais devenues incontournables.

SANTÉ FORMATION : les évolutions

Le **POINT DE VUE** des **EXPERTS**

Les évolutions de la demande et les transformations de l'offre

M. JEAN DE KERVASDOU PROFESSEUR AU CNAM

L'offre rigide et la demande non maîtrisée laissent prévoir une augmentation des prix et/ou un rationnement de soins, mais pas toujours pour les raisons généralement avancées. La démographie, prise isolément, a un effet limité sur la demande de soins de court séjour. Ce n'est pas le cas pour les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes.

Le vieillissement de la population est une double bonne nouvelle : les européens vivent plus vieux et sont moins dépendants. Entre 1970 et 2004, nous avons gagné sept ans et demi d'espérance de vie. Le problème n'est pas le vieillissement, mais « l'accident démographique » du vingtième

siècle : la génération du « papy boom ».

Le vieillissement de la population a très peu d'impact sur l'augmentation des dépenses de santé : 10% à peine de la croissance des dépenses de soins.

Le problème, ce sont les départs à la retraite qui mettent en difficulté les mécanismes mis en place après la guerre. Aujourd'hui, 7% de la population a plus de 65 ans. Cette proportion passera à 27% en 2050. Dans certains pays, comme l'Italie et l'Espagne, la moitié de la population aura disparu à cette date.

Le problème des retraites se pose alors que celui de l'Assurance maladie n'est pas réglé.

La question de la dépendance se pose à partir de l'âge de 83 ans : cela correspond aujourd'hui à la génération du « papy boom » de l'après guerre de 14-18.

S'agissant de la forte croissance des personnes très âgées, il existe de très grandes différences inter et intra régionales : on constate une répartition hétérogène des personnes âgées selon les départements et les bassins d'emploi.

Tendances prévisibles : une demande de places nouvelles dès 2010, une forte augmentation de la demande en lits de long séjour pour les 15 ans à venir avec 133 000 lits supplémentaires pour 2020 dont 29 900 pour l'île de France (source ORPEA).



s de l'offre et de la demande

« *Ce qui va d'abord compter, ce n'est pas la démographie mais « l'effet Génération ».* »

Les valeurs consuméristes sont inflationnistes, notamment en ce qui concerne la médecine. Dans son ouvrage « La médecine sans le corps », Didier Sicard explique que nos concitoyens ont une conception garagiste de la médecine avec une demande sans fin. Le corps s'éloigne de la relation patient-malade. Plus la médecine repose sur la technique, plus le sujet est une fiction. La médecine supporte de plus en plus mal la personne. Tout ce qui n'est pas médicalisé est exclu. Le corps est envahi par la médecine, chaque personne devient une usine à clignotants. Le patient s'approprie le discours médical (poids, tension, cholestérol), avec le soutien de l'industrie pharmaceutique (moins d'un tiers des prescriptions en matière de cholestérol sont justifiées) : la médicalisation est une « marchandisation ». La grossesse devient étrangère à la mère (génétique, échographie...). La réparation sans fin, financée par la société à

laquelle est transférée une responsabilité individuelle. Toute société semble avoir besoin de son stock de peurs : nos peurs contemporaines sont onéreuses et, le plus souvent infondées...

« *Le problème des soins est un problème d'offre pour répondre à l'évolution de la demande.* »

L'offre se restructure plus vite dans le secteur privé que dans le secteur public. Sur une longue période, le secteur public perd des parts de marché, notamment en chirurgie et dans toute la médecine « technicienne » (cardiologie, cancérologie...). Cela ne va pas s'arrêter !

Le problème n'est pas la démographie médicale en valeur absolue, mais la démographie de certaines spécialités, dans certaines régions et surtout le mode de rémunération différent du public et du privé. Ce n'est pas toujours le secteur public qui est le plus désavantagé, seulement parfois, en particulier sur les spécialités techniques.

Les facteurs déterminants sont d'une autre nature : l'évolution des savoirs

et des techniques qui modifient l'organisation du travail et la solvabilité de la demande.

Quelques chiffres témoins de l'explosion des savoirs et des techniques : on recense actuellement 25 000 nouveaux articles par mois dans des revues à comité de lecture, 4 000 principes actifs dans la pharmacopée, 850 examens biologiques, 1 500 actes d'imagerie, plus de 1 500 actes chirurgicaux... Tout cela conduit à une double division du travail : à l'intérieur de la profession médicale, plus de 57 spécialités « officielles » et 183 « métiers » hospitaliers. L'évolution des savoirs et des techniques modifie surtout l'organisation du travail. L'organisation des services de soin est de plus en plus complexe.

Les besoins des personnes âgées augmentent. Parallèlement, les personnes qui ont 80 ans ou plus aujourd'hui n'ont pas connu le chômage, les pensions de réversion... Leur revenu va augmenter de plus de 30% et leur patrimoine sera augmenté par 4. Conclusion : les personnes âgées seront plus riches, elles paieront ! » >>>



>>>

Le **POINT**
DE VUE
des **EXPERTS**

Les évolutions des métiers de la santé : le personnel soignant

MME CHRISTINE JEANDEL DIRECTEUR GÉNÉRAL DE MEDICA FRANCE, SYNERPA

Les EHPAD représentent plus de 671 000 places en France et regroupent 65% des personnes âgées. Ils emploient plus de 350 000 salariés, dont 87% sont des femmes et 40% des personnels soignants : IDE, AS et AMP.

Quelles évolutions significatives dans les dix dernières années ? Le secteur a créé plus de 100 000 emplois depuis 1996. Aujourd'hui, nous avons 45 Equivalents Temps Pleins pour 100 places, contre 31 en 1996. Les résidents accueillis ont des pathologies de plus en plus lourdes, leur âge moyen d'entrée est de 85 ans. 65% sont classés dans les GIR 1 à 4, les niveaux de dépendance les plus élevés. Les maladies Alzheimer et apparentées sont en augmentation, de même que le nombre de personnes handicapées vieillissantes.

De 2007 à 2012, le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus devrait passer de 1,2 millions à 1,7 millions, soit un besoin de 40 000 places supplémentaires à court terme. Pour faire face à cette situation, plusieurs évolutions sont nécessaires.

« *Etoffer la palette des compétences de nos personnels et donner les moyens au directeur d'exercer sa responsabilité de pilote des projets.* »

Les équipes doivent être capables d'entrer dans des démarches qualité, d'intégrer des normes, des processus... d'aller vers davantage de médicalisation : c'est une évolution profonde. Par ailleurs, il y a un vrai débat aujourd'hui dans la profession sur la fonction de directeur : la question de sa formation et de ses responsabilités, y compris pénales, est ouverte. Elle se pose de manière encore plus aigue dans les petits établissements.

Nous devons répondre aux demandes de formation et de spécialisation croissantes des personnels soignants sur l'accompagnement fin de vie, la prise en charge de la douleur, source d'agressivité, la prise en charge des troubles cognitifs et l'accompagnement des familles. D'après un sondage SOFRES pour le magazine *Notre Temps*, les trois premiers sentiments des familles à

l'entrée d'un proche dans une maison de retraite sont : « je suis triste » (42% des personnes interrogées), « je suis rassuré » (36%), « je me sens coupable » (34%). Il y a bien nécessité de développer de nouveaux métiers et de nouvelles compétences face à l'augmentation de l'âge et du niveau de dépendance des patients, à l'éclatement de la cellule familiale.

« *Apporter une réponse au besoin d'animation, c'est-à-dire de promotion de la vie sociale dans l'établissement, mais aussi à l'extérieur.* »

Valoriser les métiers, donner une image positive de notre secteur et sortir de la spirale du « burn out » (mort par épuisement professionnel) s'avère indispensable. Le souhait des équipes est de pouvoir donner une vision claire à l'extérieur de ce qui se passe dans les établissements, pour faire en sorte que la décision de l'entrée en maison de retraite ne soit plus subie mais choisie.



Les maisons de retraite sont des lieux de vie. L'entrée de disciplines comme l'arthérapie, la musicothérapie et la clownothérapie dans les établissements s'inscrit dans ce mouvement. Pourquoi ne pas nous inspirer des expériences menées en la matière dans le Nord de l'Europe ?

Nous devons également développer un nouveau métier, celui de psychologue, qui remplit trois fonctions : soutien des

résidents, soutien des familles et soutien des équipes.

Une des fiertés des équipes est l'accompagnement des résidents en fin de vie. Un des souhaits des résidents est de pouvoir sortir d'une maison de retraite après un séjour temporaire. Si nous arrivons à cela, nous aurons relevé une grande partie du défi.

Le POINT DE VUE des EXPERTS

L'enjeu des formations qualité

M. ALAIN COULOMB DIRECTEUR DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

La relation entre FORMAHP et la qualité relève déjà d'une longue histoire, puisque, en effet, l'un des premiers actes significatifs initié par FORMAHP est l'action collective « chef de projet qualité ». Cette action était destinée à sélectionner les organismes de formation puis à former plus de 1 200 stagiaires qualité afin de doter les établissements d'un personnel compétent pour aider à la mise en place et au suivi des démarches qualité. Il s'agissait d'une action novatrice, car ce qui nous paraît naturel aujourd'hui, en a surpris plus d'un à l'époque.

Peut-on mesurer le résultat de cette action d'anticipation dix ans plus tard ? Quel constat dresser à l'heure où la quasi totalité des établissements de santé ont été accrédités ? En somme, quelle est la pertinence de nos systèmes de formation et comment les évaluer ?

« Les établissements mieux accrédités sont ceux dans lesquels il y a un bon management. »

>>>

ÉCLAIRAGE

Accréditations et démarches qualité des établissements de santé : les bases juridiques

La notion d'accréditation a connu une première traduction juridique avec la **loi hospitalière du 31 juillet 1991**.

Ce texte imposait aux établissements hospitaliers de développer l'évaluation des pratiques professionnelles et de l'organisation des soins afin d'en garantir la qualité et l'efficacité.

Avec l'**ordonnance du 24 juillet 1996**, le caractère obligatoire de la démarche d'accréditation est renforcé. Elle est désormais conduite par l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) et concerne tous les établissements de santé, publics et privés.

En 2002, le **rapport de la Cour des comptes** dresse un bilan mitigé de la démarche, soulignant sa lenteur et le caractère non médicalisé de la procédure : l'accréditation est en effet centrée sur la qualité de fonctionnement logistique de l'établissement, à l'exclusion des pratiques cliniques c'est-à-dire de la qualité de l'acte médical lui-même.

Deux ans après, la première de ces critiques demeure fondée puisque, seuls 26% du parc hospitalier français ont bénéficié d'une visite d'accréditation. Toutefois, l'ANAES a tenu compte des remarques émises par la Cour des comptes et a étendu le champ de l'accréditation aux pratiques professionnelles.

La **loi du 13 août 2004** relative à l'Assurance maladie a réformé ces procédures et les a confiées à une Haute Autorité de Santé.

Mme Marie-France Guthey
*Députée Union Nationale
des Syndicats FO Santé
Privée, ancienne
présidente par intérim
de FORMAHP, succédant
à Philippe de Baillancourt
(CFTC) disparu en cours
de mandat*

Le paritarisme évolue en lui-même et FORMAHP devra aussi évoluer.

Le paritarisme s'est construit petit à petit, mais il reste encore à être amélioré. Il est vrai que nous avons eu, à un certain moment de l'ASSOC HP, et également dans les premiers temps de FORMAHP, de vrais problèmes de relation entre le collègue employeurs et le collègue salariés.

Maintenant, la situation s'améliore, même si il y a toujours le côté employeurs et le côté salariés, ce qui n'est pas toujours très évident.

Je crois sincèrement au paritarisme : c'est ce qui fait évoluer les choses vis-à-vis des salariés. Je pense qu'au niveau d'un organisme collecteur des fonds de la formation, s'il n'y avait pas le paritarisme, nous ne pourrions pas avancer.

Il y a une véritable mutation avec la nouvelle loi de 2004. Dorénavant, c'est chaque individu qui aura son propre parcours.



Parmi les 12% des établissements de santé, accrédités, sans réserve ni recommandation, les cliniques sont majoritairement représentées. Un constat : les établissements accrédités sont aussi bien des établissements de santé, de soins aigus, de soins de suite et de psychiatrie, publics ou privés. Bref, il n'y a pas de facteur exogène explicatif de la qualité, pas de relation avec le statut juridique, la taille ou le budget de l'établissement, mais un élément déterminant : la qualité du management, c'est-à-dire la capacité à faire vivre ensemble des métiers différents.

« *Ceux qui réussissent dans le domaine de la qualité sont ceux qui ont su transcender les cultures du respect de la règle et du paternalisme.* »

Le point de vue des salariés a été recueilli à l'occasion d'une enquête menée en 2005 : deux enseignements principaux à en tirer.

Le premier est quasi unanime (97%) : grâce à l'accréditation, « on s'est parlé », pour reprendre l'expression utilisée par les salariés. Incontestablement, l'échange entre services, entre collègues de métiers et de niveaux hiérarchiques différents est perçu comme un facteur positif par les salariés, décloisonnant pour les organisations. Or les principaux gisements de productivité sont dans les cloisons qui

séparent les professionnels, les services de soins et l'organisation, l'extérieur et l'intérieur de l'établissement...

Le deuxième, plus nuancé, est la capacité d'intégrer à long terme la « participation à une action collective » dans la culture et l'organisation de l'entreprise. Certains modes de management permettent, mieux que d'autres, d'intégrer des démarches participatives visant à développer une culture d'évaluation interne. Concrètement, parmi les établissements concernés par l'accréditation, un premier tiers a transformé l'essai et acquis une nouvelle culture de la qualité, un tiers est encore hésitant et un dernier tiers a subi l'accréditation sans en tirer les avantages.

« *Il n'y aura pas d'innovation rentable sans développement de l'innovation immatérielle touchant à l'organisation et au processus de décision.* »

Le management est d'autant plus important, qu'au-delà des démarches qualité, nous avons à gérer collectivement une deuxième tendance lourde de nos établissements : l'innovation.

Le secteur de la santé est traditionnellement caractérisé par l'innovation. En effet, de multiples techniques scientifiques, dans de nombreux domaines touchant à la physique, la chimie, le génome...



trouvent une application souvent rapidement dans le domaine des soins, sous forme d'actes, de médicaments, de dispositifs médicaux allant de la colle jusqu'aux appareils d'imagerie les plus sophistiqués.

La gestion performante des innovations dans le domaine de la santé demande un investissement accru dans les organisations et les processus de décision, c'est-à-dire dans le développement de l'innovation immatérielle. La crise traversée par le système de la santé provient probablement de la différence de rapidité d'évolution entre l'innovation technique, plutôt rapide, et l'innovation immatérielle, plutôt lente.

Le plus souvent, les organisations développent une attitude défensive devant ce qui les perturbe plutôt que d'adopter des stratégies de compréhension qui modifieraient le processus collectif de décision.

Le développement des innovations immatérielles passe par le développe-

ment des réflexions sur les pratiques professionnelles. Il s'agit donc d'arriver à faire se rencontrer trois intérêts : ceux des professionnels, de l'usager et des organismes payeurs.

« *Mobilité, flexibilité et fluidité ne sont plus des fléaux à combattre mais des données à gérer.* »

En 1996, nous avons anticipé : c'est le maître mot dans un monde incertain dont nous savons pourtant avec certitude, particulièrement dans celui de la santé, qu'il bouge. La réponse durable que nous devons à ce corps social profondément déstabilisé ne peut se limiter à la menace ou à la peur du chômage, à la précarité ou au déni du changement.

Nous devons inventer ou réinventer les formes d'actions qui permettent de

conjuguer cette exigence de flexibilité ou d'adaptabilité avec la sécurité des emplois, le développement serein des compétences et pourquoi pas le plaisir au travail.

La capacité d'anticipation dont FORMAHP a fait preuve en 1995 et 1996 est la traduction concrète d'une valeur, ce doit être aussi une volonté et une pratique. Ceci implique notamment le développement des compétences, la gestion prévisionnelle des emplois, mais aussi la capacité d'ouvrir, de développer et d'enrichir le dialogue social. C'est là que se trouvent les facteurs constitutifs d'un jeu gagnant/gagnant. ■



La professionnalisation dans les EHPAD

M. SERGE CANAPE DIRECTION GÉNÉRALE DE L'ACTION SOCIALE, BUREAU DES PERSONNES ÂGÉES (MINISTÈRE DE LA SANTÉ)

Commençons par un retour en arrière : l'épisode de la canicule en août 2003. Trois constats importants. C'est la responsabilité de l'Etat qui a été engagée, et non pas celle du Président du Conseil général : une réflexion s'impose donc sur le rôle des départements. Par ailleurs, l'étude publiée par l'Institut de Veille Sanitaire (INS) sur la mortalité révèle deux choses : la proportion de décès est 2 à 3 fois plus élevée parmi les résidents des EHPAD que dans la population générale, et le nombre de personnels soignants à cette période de l'année était insuffisant. Troisième point : la canicule a été l'occasion d'un complet bouleversement des politiques publiques pour les personnes âgées et la grande dépendance.

Comment s'est caractérisé ce changement d'optique ? Première étape, début novembre 2003, avec l'annonce du plan « vieillissement et solidarité » : les actions proposées visent à faciliter le maintien à domicile, à renforcer la médicalisation des maisons de retraite et à créer de nouvelles places en établissements. Seconde étape, le 1er juillet 2004, avec la parution au Journal officiel de la loi sur la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées du 30 juin 2004, qui rend officielle la « journée de solidarité ». La rémunération de cette journée supplémentaire de travail doit servir à financer de nouvelles actions, et notamment la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), également instaurée par la loi. Etapes suivantes : la création de places en EHPAD et en SSIAD

(Services de Soins Infirmiers A Domicile), puis la réforme des conventions tripartites sur les questions des financements et des engagements qualité.

« Le véritable enjeu réside dans le déficit de personnel soignant, lui-même provoqué par un nombre élevé de départs en retraite et par la moindre attractivité du secteur médico-social et sanitaire auprès des aides-soignants. »

Quelles sont les réponses du Gouvernement ? D'abord l'ouverture du diplôme d'aide-soignant (DPAS) à la VAE début 2005. La montée en charge est progressive, une instruction est partie en direction des DRASS pour une large mobilisation en 2006.

Ensuite, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a défini le rôle, les missions et les modes de financement de la CNSA. Parmi les nouvelles missions de la CNSA, la formation des personnels des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Cette mission est mise en œuvre à travers trois accords cadres conclus en mai et juillet 2005 avec les 3 organismes collecteurs des fonds de la formation professionnelle des secteurs privés commercial et non lucratif et du secteur public : FORMAHP, UNIFAF et l'ANFH. Un accord avec le CNFPT est en cours de signature. Ces textes prévoient un engagement financier de l'Etat et des OPCA concernés pour assurer la



formation et la qualification de plus de 9 000 personnels soignants intervenant dans les EHPAD sur 3 ans. Les accords prévoient un accompagnement à la formation et à la VAE

pour accéder au diplôme d'aide-soignant, mais aussi au diplôme professionnel d'aide médico-psychologique (DPAMP) qui doit être ouvert à la VAE courant 2006. ■

L'émergence de nouveaux métiers : le responsable de la qualité

MME MARIE-CLAUDE GAUCHER DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA POLYCLINIQUE DE NAVARRE, PAU

A partir de 1997, suite à la parution de l'ordonnance de juillet 1996, nous avons souhaité entamer la démarche d'accréditation de notre établissement. Nous nous sommes alors demandé si nous avions les connaissances nécessaires en interne et qui pouvait le faire. La procédure d'accréditation était volontaire, mais obligatoire. A cette époque, l'établissement était composé de deux cliniques spécialisées : une en chirurgie et une en obstétrique.

Nous avons recherché une formation sur la qualité, avec l'aide de FORMAHP. Finalement, nous avons choisi une formation en alternance sur un an dispensée par l'ISMQ (Institut Supérieur du Management par la Qualité) dans le cadre d'un contrat en alternance.

A l'issue de la formation en 1998, notre responsable assurance qualité (RAQ) était définitivement recruté.

« La fonction du responsable assurance qualité évolue en permanence. »

Au départ, la fonction du responsable assurance qualité se décompose en trois aspects. Première mission : la formalisation des documents. Auparavant, rien n'était écrit. Le RAQ a

travaillé avec l'ensemble des salariés de l'établissement et les a aidés à décrire leur activité. Deuxième mission : procéder à l'audit des organisations. Quelques exemples : la maintenance du matériel médical, l'émergence du nouveau métier de technicien biomédical. Avec l'aide de FORMAHP, nous avons identifié une formation de l'Institut de Maintenance Biomédicale, puis procédé à une embauche dans le cadre du contrat de qualification.

Dernière mission, mais non la moindre : la préparation à la visite d'accréditation qui a eu lieu en 2005.

Au fil du temps, le rôle de notre responsable de la qualité a évolué et ses fonctions se sont précisées. Aujourd'hui, il met en place le management par la qualité : il s'agit d'une approche nouvelle de gestion de la clinique. Autres cordes à son arc : les démarches projets transversales, comme la mise en place des « 35 heures », l'harmonisation sociale nécessaire suite à la fusion des cliniques et à la coexistence de cultures d'entreprises différentes, la réorganisation des services centrée sur la prise en charge du patient.

Finalement, le responsable de la qualité est devenu indispensable, nous ne pourrions plus nous en passer. Un autre aspect de son rôle stratégique : la rédaction du contrat d'objectifs et de moyens de l'établissement dans le cadre du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) 3ème génération.

>>>

du **CÔTÉ**
des **partenaires**
sociaux

M. André Talazac
Ancien Président de
FORMAHP et de l'UHP,
Président de l'Institut
Européen de la Santé

Je souhaite à ceux qui ont la responsabilité de FORMAHP actuellement, d'avoir la chance de préparer la profession aux métiers de demain.

C'est un bilan difficile. Comme vous l'avez dit, il y a eu des peines et des joies. J'ai des regrets aussi. Il y a d'abord le fait que, au moins 3 fois, j'ai sauvé FORMAHP de l'implosion totale. Les joies, c'est le fait d'avoir travaillé avec des représentants des syndicats qui ont été toujours, véritablement des partenaires sympathiques, cordiaux, et avec qui nous avons pu faire avancer FORMAHP.

Finalement, en 2005, nous nous rendons compte que ce que nous avons réalisé en 1995, 1997, 1998... est utile actuellement pour tout le monde et pour l'hospitalisation privée qu'il s'agisse des formations de responsables de qualité ou de la formation AMP que nous avons réalisées à l'époque.

Ces deux formations pouvaient paraître au départ tout à fait déplacées. Huit ans après, nous nous rendons compte que c'est ce qu'il fallait faire.

Je ne dis pas que c'est moi qui en ai eu l'idée, c'est toute une équipe qui en a eu l'idée, c'est toute une équipe qui a mis cela en place, et je ne souhaite qu'une chose, c'est que, dans les 10 ans qui viennent, on forme justement tout le personnel de l'hospitalisation privée sur ce qui sera demain une nouvelle hospitalisation différente de celle d'aujourd'hui.

>>>

« Nous assistons aujourd'hui à l'émergence de nouveaux métiers, en lien avec les évolutions de la société et du monde de la santé. »

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients a exigé la création d'une nouvelle

mission de gestionnaire des risques au sein de l'établissement. Nous avons décidé de former quelqu'un en interne pour assurer cette fonction. La réforme de la tarification des soins MCO et le déploiement progressif de la tarification à l'activité (TAA) à partir de 2004 nous ont incités à embaucher un contrôleur de gestion. ■

Le TERRITOIRE
en ACTIONS

Le développement des 1000 contrats de professionnalisation à travers un réseau professionnel

M. JEAN-LOUP DUROSSET PRÉSIDENT DE LA FHP RHÔNE-ALPES, ADMINISTRATEUR DE FORMAHP

Quels sont les enjeux du projet ? Pallier les problèmes de recrutement et la faible attractivité du secteur en donnant de l'emploi à 1 000 personnes.

« Faire progresser, ensemble, l'ensemble du secteur. »

Comment ? En concluant un accord associant plusieurs partenaires : les établissements sanitaires, les établissements médico-sociaux, l'offre de formation et le Service Public pour l'Emploi afin de développer une gestion prévisionnelle des emplois. L'implication des organismes de formation, en particulier des

IFSI, est indispensable pour qualifier des professions réglementées. Associer l'offre de formation est nécessaire pour développer la notion de réseau et travailler ensemble sur la construction des parcours de formation. Evidemment, l'accompagnement de l'OPCA dans le montage de ce travail de réseau est indispensable.

Ce projet passe par la conclusion d'une charte afin de déterminer : l'objet de ce réseau et les objectifs poursuivis, les structures (établissements et instituts de formation) composant le réseau, les modalités d'accès et de sortie du réseau, tant des établissements que de l'offre de formation, l'organisation de la coordination et du pilotage, l'organisation



9 MARS 2005

CONVENTION DE PARTENARIAT ENTRE FORMAHP ET LE
ET 150 FORMATIONS D'AIDE-SOIGNANT EN 3 ANS

du système d'information, les conditions de fonctionnement du réseau et les différentes conventions nécessaires à sa mise en œuvre, les conditions d'évaluation du fonctionnement du réseau et enfin le rôle respectif des établissements et des centres de formation.

« Les contrats de professionnalisation, c'est une occasion de plus pour unir les secteurs sanitaire et social sur une action commune pour une intégration réussie des jeunes et une fidélisation accrue des salariés. »

1 000 contrats en France, c'est 100 contrats en Rhône-Alpes (10%) et 10 contrats dans le département de la Loire : un objectif modeste et acceptable.

Le projet « 1 000 contrats de professionnalisation », c'est le plaisir de travailler ensemble, de rassembler les maisons de retraite et les établissements sanitaires qui sont censés travailler dans le cadre des réseaux, à la fois dans les champs du social et de la professionnalisation, mais aussi de donner de la mobilité et d'aider les jeunes à s'adapter à cette mobilité grâce à des professionnels unis.

Une illustration avec la ville de Saint-Étienne dont la situation n'est pas exceptionnelle : 190 000 habitants intra muros, 20 maisons de retraite privées et 3 cliniques privées. Les seules demandes du CHPL (Centre de l'Hospitalisation Privée de la Loire) sont : deux ou trois aides-soignantes (65 aides-soignantes en équivalent temps plein actuellement) plus 10 postes sur le renouvellement des générations d'aides-soignantes. ■

Les pénuries de personnel au cœur du débat

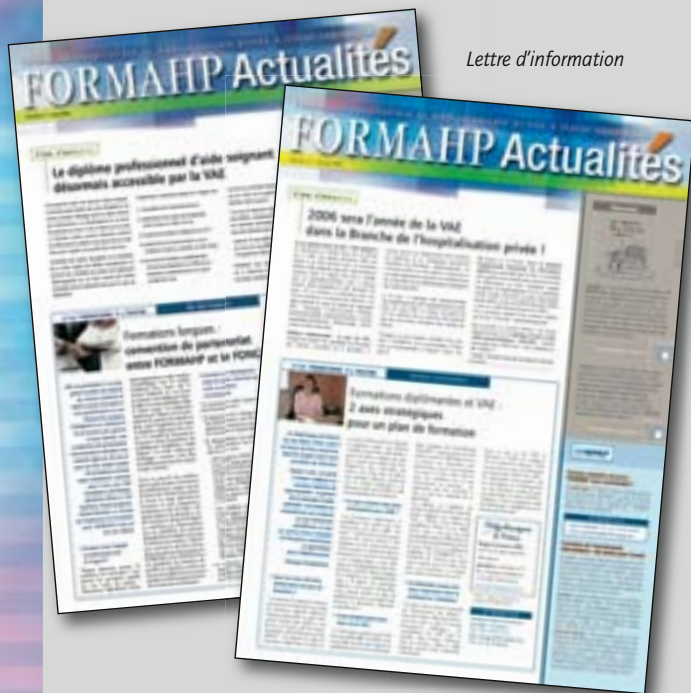
« Les médecins ont les mêmes aspirations que l'ensemble des Français. Ils préfèrent vivre en ville ou à proximité, aiment travailler regroupés et sont sensibles au confort de vie. Le mythe du médecin isolé dans la France rurale moyennant quelques sous en plus est à oublier. D'autres pistes sont à envisager. Par exemple, inventer des métiers intermédiaires entre le médecin à bac +8 et l'infirmière à bac +3 : un transfert de compétences qui permettrait de confier des tâches déléguées à des personnes spécialement formées. »

M. ALAIN COULOMB

« Les grilles de rémunération des aides-soignants sont-elles un handicap pour les recrutements ? Nos budgets sont transparents, les différences de rémunération entre secteur privé et secteur public sont réelles. Selon les strates des établissements, c'est le privé commercial qui coûte le moins cher, il est donc logique que ce soit le personnel de ce secteur qui soit le moins bien rémunéré. Les crédits accordés au secteur privé devraient être plus importants pour que cela change. Mais la rémunération n'est pas la seule explication. L'image de notre métier est à transformer. Dans le secteur médico-social, nous devons songer à des innovations moins technologiques et davantage sources d'enrichissement personnel. »

MME CHRISTINE JEANDEL

10 ans de communication au service des entreprises et des salariés de la Branche



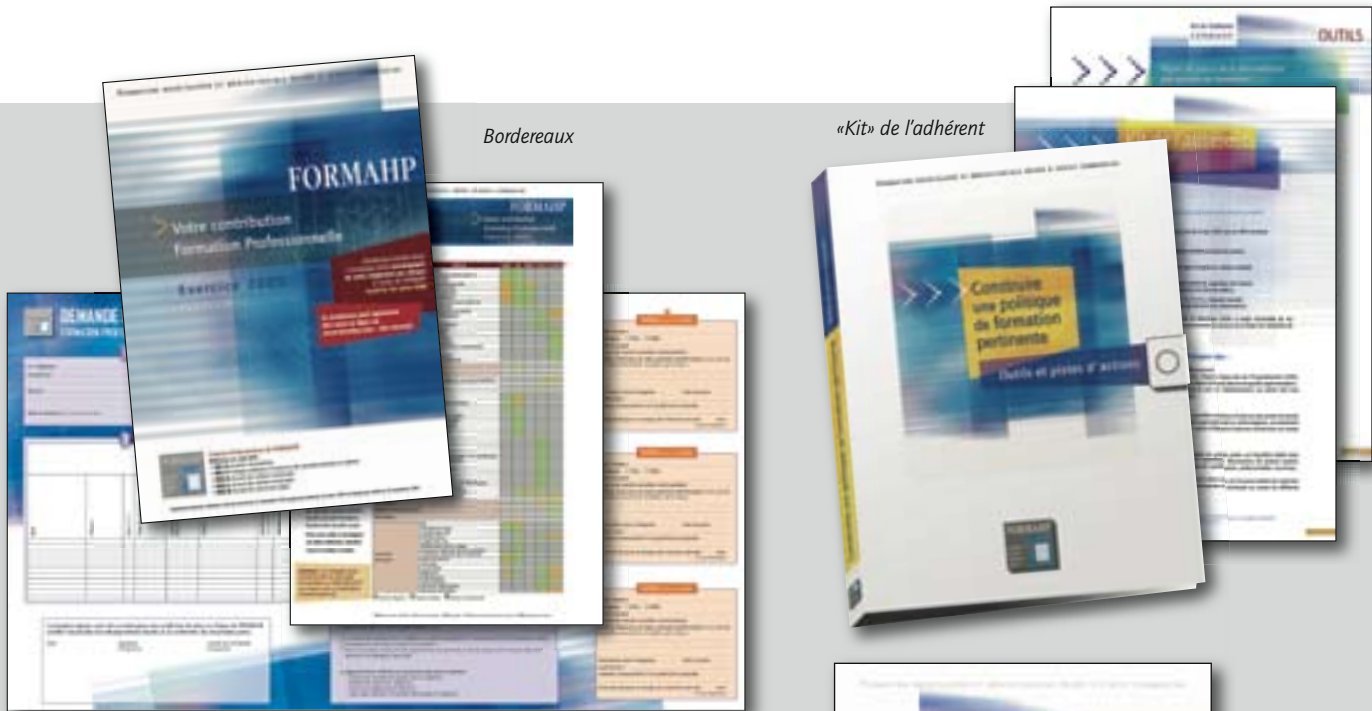
Lettre d'information

Site internet



Collection
«Les carnets
de la VAE»





Bordereaux

«Kit» de l'adhérent



Rapports d'activité



Dépliants





39 Boulevard Bourdon - 75004 Paris

Tél. : 01 45 49 66 00

Fax : 01 45 49 66 01

E-mail : formahp@formahp.com

www.formahp.com