

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
AVIS ET RAPPORTS DU
CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL

LE RECRUTEMENT,
LA FORMATION ET LA
PROFESSIONNALISATION
DES SALARIÉS DU
SECTEUR SANITAIRE ET
SOCIAL

2004
Rapport présenté par
M. Michel Pinaud

MANDATURE 1999-2004

Séance des 6 et 7 juillet 2004

**LE RECRUTEMENT, LA FORMATION
ET LA PROFESSIONNALISATION DES
SALARIÉS DU SECTEUR SANITAIRE ET
SOCIAL**

**Avis du Conseil économique et social
sur le rapport présenté par M. Michel Pinaud
au nom de la section du travail**

(Question dont le Conseil économique et social a été saisi par décision de son bureau en date du 13 janvier 2004 en application de l'article 3 de l'ordonnance n° 58-1360 du 29 décembre 1958 modifiée portant loi organique relative au Conseil économique et social)

SOMMAIRE

Pages

| | |
|--|--------------|
| AVIS adopté par le Conseil économique et social au cours de sa séance du mercredi 7 juillet 2004..... | I - 1 |
| Première partie - Texte adopté le 7 juillet 2004 | 3 |
| INTRODUCTION..... | 5 |
| CHAPITRE I - LES NOUVEAUX DÉFIS DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE..... | 7 |
| I - UN SECTEUR RICHE ET COMPLEXE FACE À DES ENJEUX IMPORTANTS..... | 7 |
| II - LA SITUATION DES PROFESSIONNELS | 8 |
| III - L'IMPORTANCE DE LA PROFESSIONNALISATION ET DE LA FORMATION | 9 |
| CHAPITRE II - MIEUX CONNAÎTRE, PROFESSIONNALISER, FORMER..... | 11 |
| I - PRÉVOIR..... | 11 |
| A - DU BESOIN DE MIEUX CONNAÎTRE LE SECTEUR ET LA SITUATION DE L'EMPLOI SALARIÉ SANITAIRE, MÉDICO-SOCIAL | 11 |
| 1. Dénombrer les besoins des branches à l'horizon 2005 | 13 |
| 2. Evaluer les besoins en postes pour la période 2005-2020 | 13 |
| B - DE LA NÉCESSITÉ D'UN APPAREILLAGE STATISTIQUE AU SERVICE DE LA PRÉVISION DE L'EMPLOI ET DE LA FORMATION DANS LE SECTEUR..... | 14 |
| 1. Bâtir une « agence nationale statistique de l'emploi et de la formation » pour connaître précisément la situation dans le secteur | 15 |
| 2. Constituer un « conseil national d'analyse statistique » de l'emploi salarié dans le secteur..... | 16 |
| II - GÉRER..... | 17 |
| A - DANS LE COURT TERME..... | 18 |
| B - A TERME | 22 |

| | |
|--|--------------|
| III - FORMER | 24 |
| A - LES FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES | 24 |
| B - ASSURER LE PRÉSENT ET S'APPROPRIER L'AVENIR | 26 |
| IV - REFONDER | 28 |
| A - RECENTRER LE TRAVAIL SUR LA MISSION..... | 29 |
| B - IDENTIFIER ET TRAITER CE QUI NE VA PAS DANS LE TRAVAIL | 30 |
| C - RÉPONDRE À CES DIFFICULTÉS EN RÉORGANISANT LE TRAVAIL | 31 |
| V - AGIR | 32 |
| A - REDONNER SON ATTRACTIVITÉ AU TRAVAIL, DANS LE SECTEUR PROFESSIONNEL..... | 33 |
| B - REDYNAMISER LA NÉGOCIATION CONVENTIONNELLE..... | 34 |
| CONCLUSION | 37 |
| Deuxième partie - Déclarations des groupes | 39 |
| ANNEXE A L'AVIS | 59 |
| SCRUTIN | 59 |
| RAPPORT présenté au nom de la section du travail par M. Michel Pinaud, rapporteur | II -1 |
| INTRODUCTION | 5 |
| CHAPITRE I - LE SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL | 7 |
| I - PRÉSENTATION DU SECTEUR | 7 |
| A - LES FONDEMENTS..... | 7 |
| 1. Un cheminement historique, marqué de profondes évolutions..... | 7 |
| 2. Principes et finalités | 11 |
| B - L'ENVIRONNEMENT JURIDIQUE : LOIS, STATUTS ET CONVENTIONS COLLECTIVES | 13 |
| 1. Un champ d'intervention défini par le législateur | 13 |
| 2. Une répartition entre secteur public et secteur privé, lucratif et non lucratif | 14 |
| C - MOYENS ET ACTIONS..... | 15 |
| D - L'IMPORTANCE DU SECTEUR | 16 |

| | |
|---|-----------|
| II - LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES DE SANTÉ, SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX..... | 17 |
| A - LA COMPLEXITÉ ET LA MULTIPLICITÉ DES STRUCTURES | 17 |
| 1. Les établissements de santé | 17 |
| 2. Les établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées | 18 |
| 3. Les établissements et services médico-sociaux pour enfants et adultes handicapés | 19 |
| 4. Les établissements et services sociaux pour enfants et adultes en difficulté sociale..... | 21 |
| 5. Les services d'aide à domicile..... | 23 |
| 6. Les établissements et services spécialisés de garde d'enfants | 23 |
| B - LA DIVERSITÉ DES MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT | 24 |
| 1. Les traits caractéristiques : secteur public, secteur privé..... | 24 |
| 2. Une pluralité de sources de financement | 25 |
| III - LES TRAVAILLEURS DU SOCIAL ET DE LA SANTÉ..... | 26 |
| A - LES PROFESSIONS SOCIALES ET DE SANTÉ | 26 |
| 1. Typologie des professions | 26 |
| 2. Les personnels spécialisés de l'Education nationale | 28 |
| 3. Une multiplicité de statuts des professionnels pour une diversité de modalités d'emploi..... | 29 |
| 4. Présentation des activités, des objectifs, des obligations..... | 31 |
| 5. Les différents lieux d'exercice des professions du secteur et la répartition géographique | 33 |
| B - LES FORMATIONS SOCIALES ET DE SANTÉ..... | 35 |
| 1. Les formations professionnelles initiales et continues, par l'alternance..... | 35 |
| 2. Les modalités de formation dans le secteur social..... | 37 |
| 3. Les modes de financement de la formation | 37 |
| 4. Les relations entre emploi et formation | 39 |
| C - LES PROFESSIONNELS DU SECTEUR | 40 |
| 1. Les caractéristiques socio-démographiques des personnels du secteur | 40 |
| 2. Les spécificités de l'activité salariée du secteur | 42 |
| 3. Les carrières : durées prévisionnelles et réelles, parcours professionnels | 43 |
| 4. La gestion des politiques de personnels..... | 44 |

CHAPITRE II - LES ENJEUX DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL 47**I - LES ENJEUX ACTUELS50**

- A - EGALISER L'ACCÈS DE TOUS AU SYSTÈME SANITAIRE ET SOCIAL.....50
- B - LE DROIT À LA SANTÉ POUR TOUS.....51
- C - VIVRE CHEZ SOI, LE PLUS LONGTEMPS POSSIBLE53
- D - LA PRÉVENTION, UNE ACTION BÉNÉFIQUE.....54
- E - LES EXIGENCES DE QUALITÉ, DE TRANSPARENCE ET DE SÉCURITÉ.....56
- F - L'INTÉGRATION DES NOUVELLES TECHNIQUES ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES AU PROFIT DE LA POPULATION.....59
- G - PRÉVENIR ET MAÎTRISER LES ÉVOLUTIONS DE NOTRE ENVIRONNEMENT61
- H - LE PROBLÈME DES SOUS-EFFECTIFS DE PERSONNELS SANITAIRES ET SOCIAUX62
- I - LE COÛT DES PERSONNELS SANITAIRES, MÉDICO-SOCIAUX ET SOCIAUX.....65

II - LES ENJEUX A VENIR.....68

- A - GÉRER L'ACCROISSEMENT DE LA LONGÉVITÉ, LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET L'AUGMENTATION DU NOMBRE DES PERSONNES ÂGÉES .68
- B - RÉPONDRE AUX BESOINS DE COHÉSION SOCIALE70
- C - S'ORGANISER COLLECTIVEMENT POUR RÉPONDRE AUX NOUVEAUX BESOINS.....71
- D - RESTAURER LA CONFIANCE DES PERSONNELS72
- E - RÉPONDRE À LA PÉNURIE ANNONCÉE DE PROFESSIONNELS74

CHAPITRE III - LES BESOINS EN RECRUTEMENT, FORMATION ET PROFESSIONNALISATION79**I - LE RECRUTEMENT.....79**

- A - LES BESOINS EN PERSONNELS79
 - 1. La démographie du secteur sanitaire80
 - 2. La démographie des professions sociales et médico-sociales.....84

| | |
|---|------------|
| 3. Le recours à des faisant-fonction..... | 86 |
| B - LES CONDITIONS DE RECRUTEMENT..... | 87 |
| 1. Les voies de recrutement : des revues spécialisées aux agences d'intérim en passant par l'ANPE | 88 |
| 2. Le processus de recrutement..... | 88 |
| C - L'ATTRACTIVITÉ DU SECTEUR..... | 89 |
| 1. L'image des professions sanitaires et sociales..... | 89 |
| 2. Les conditions de travail..... | 91 |
| 3. Les conditions d'emploi | 93 |
| II - LA FORMATION..... | 96 |
| A - LES TRANSFORMATIONS DU CONTENU ET DES MODALITÉS DE LA FORMATION..... | 97 |
| 1. Le débat sur la formation professionnelle | 97 |
| 2. Evolution des contenus de formation et modes d'articulation entre formation initiale et formation continue..... | 99 |
| 3. Diversification des modes de formation et d'apprentissage | 102 |
| 4. La formation sanitaire et sociale à l'épreuve des nouvelles technologies de l'information | 103 |
| B - L'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE FORMATION | 105 |
| 1. L'accord national interprofessionnel du 20 septembre 2003 | 105 |
| 2. La décentralisation et ses effets attendus sur la formation des personnels du secteur | 107 |
| 3. Les évolutions dans l'architecture de la formation | 109 |
| C - L'ACCÈS AUX FORMATIONS ET LEUR FINANCEMENT | 111 |
| 1. L'accès aux différentes modalités de formation : formations initiales, en cours d'emploi, par la FPC, et la VAE | 111 |
| 2. Le financement des formations et la question du statut des personnels en cours de formation..... | 112 |
| III - LA PROFESSIONNALISATION | 112 |
| A - L'IMPORTANCE DE LA PROFESSIONNALISATION | 113 |
| B - LA PROFESSIONNALISATION DES EMPLOIS | 115 |
| 1. L'insertion des jeunes..... | 115 |
| 2. L'absence, la faiblesse ou l'inadaptation des qualifications | 116 |
| C - L'ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ ET LES TRANSFORMATIONS DANS SON MODE D'ORGANISATION..... | 119 |
| 1. Pénuries professionnelles et modes de régulation du système..... | 119 |
| 2. Transferts, délégations de compétence et personnels référents | 120 |
| 3. Les enjeux de l'évaluation de la qualité | 122 |

| | |
|---|------------|
| CONCLUSION | 125 |
| ANNEXES | 127 |
| Annexe 1 : Les différents lieux d'emploi des professions sociales et de santé . | 129 |
| Annexe 2 : Organismes et dispositifs de l'intervention sociale | 131 |
| Annexe 3 : Répartition du personnel des établissements sanitaires et sociaux selon le statut juridique..... | 135 |
| Annexe 4 : Les professions sociales et de santé et leurs effectifs..... | 137 |
| Annexe 5 : Effectifs du personnel médical en 2001 et effectifs des personnels non-médicaux et sages femmes en 2001..... | 143 |
| Annexe 6 : Représentation d'ensemble de la répartition des travailleurs sociaux par secteurs d'activités et employeurs selon les emplois exercés . | 145 |
| Annexe 7 : les diplômés de santé et du social préparant aux métiers du social. | 147 |
| Annexe 8 : Exemples de formations (assistante de service social, infirmière, aide-soignante) | 151 |
| Annexe 9 : Liste des personnalités rencontrées ou consultées | 159 |
| TABLE DES SIGLES | 161 |

AVIS

**adopté par le Conseil économique et social
au cours de sa séance du mercredi 7 juillet 2004**

Première partie
Texte adopté le 7 juillet 2004

Le 13 janvier 2004, le Bureau du Conseil économique et social a confié à la section du travail la préparation d'un rapport et d'un projet d'avis sur « *Le recrutement, la formation et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social* »¹.

La section a désigné M. Michel Pinaud comme rapporteur.

INTRODUCTION

Pour le Conseil économique et social, l'avenir du secteur sanitaire et social, ici volontairement circonscrit aux activités de soins et d'interventions sociales et médico-sociales, est intimement lié à celui de ses personnels. Les activités de ce secteur, dans leur richesse et leur diversité, sont en effet principalement basées sur la relation humaine, laquelle mobilise pour l'essentiel une main-d'œuvre qualifiée et spécialisée. Plus les professionnels du secteur seront performants dans l'accomplissement de leurs tâches, plus les objectifs de maintien de la santé et du lien social qui leur sont fixés seront atteints au bénéfice de l'ensemble de la population. Dans ce but, il apparaît indispensable que les responsables en charge du pays déterminent clairement le projet sanitaire, social et médico-social du pays, lequel, à notre sens, devrait permettre l'accès effectif de chaque citoyen aux soins, à l'éducation et à l'ensemble des droits sociaux et économiques.

Durant ces dernières décennies, les politiques arrêtées et mises en œuvre en matière de recrutement, de formation et de professionnalisation des personnels de l'action sanitaire et sociale n'ont à l'évidence pas contribué à la stabilité du secteur, cette dernière étant pourtant absolument nécessaire dès lors que la majeure partie des soins et des interventions sociales se déroulent dans le temps. La préoccupation actuelle de l'inscription dans la durée des actions décidées et entreprises par les acteurs économiques et politiques concerne donc au premier chef le secteur sanitaire et social.

Pris parmi d'autres, les contre exemples de la situation actuelle de la pénurie générale d'infirmiers et/ou celui des grandes difficultés à trouver des personnels éducatifs diplômés en Ile-de-France illustrent les conséquences de la politique de réduction drastique des quotas d'élèves. Fait malheureux pour notre collectivité, on constate maintenant que nous manquons sensiblement de professionnels, au point de courir le risque de peiner à maîtriser les crises sanitaires qui pourraient survenir.

¹ L'ensemble du projet d'avis a été adopté au scrutin public, à l'unanimité des votants (voir le résultat du scrutin en annexe)

C'est dans ce contexte que se développent le mécontentement en même temps que des files d'attente auxquelles sont soumis les patients ; c'est également dans ces circonstances que la prévention a du mal à être assurée et que peut se déployer une inadmissible surenchère sur le prix des interventions spécialisées, la rareté se payant nécessairement plus cher. Pressé de tous côtés, le système peut s'en trouver décrédibilisé et ne produire que des solutions tenant au mieux de l'équilibre précaire et de la cohérence relative, loin d'une saine gestion prévisionnelle des effectifs et des qualifications.

Pour sa part, notre assemblée souhaite aujourd'hui agir concrètement pour que le secteur et les missions qu'il remplit retrouvent le plus rapidement possible une conjoncture favorisant une prise en charge de qualité des besoins de la population. Cette volonté de passer aux actes est d'autant plus nécessaire qu'en ce domaine, il faut attendre de quatre à dix ans, voire davantage dans certaines spécialités médicales (anesthésistes réanimateurs, chirurgiens, psychiatres, ophtalmologues...), entre la décision d'intervenir pour résorber les pénuries et la fin de l'action.

Simultanément, il convient de prévenir la survenance de nouvelles pénuries de personnels qui viendront se superposer à celle déjà installée des postes non pourvus par des professionnels diplômés et à celle des postes vacants. Il s'agira donc de remplacer, par de nouveaux personnels qualifiés et souvent jeunes, les effectifs importants de professionnels sanitaires et médico-sociaux expérimentés qui vont partir en retraite dans les huit ans qui viennent.

En outre, il sera nécessaire d'équiper, par les postes de travail correspondants, toutes les places qui vont être créées en établissements et services, afin d'accueillir dignement davantage de personnes âgées, sans méconnaître qu'une part grandissante d'entre elles nécessitera des soins plus fréquents et, pour certains, une médicalisation dans des conditions adaptées à leur grand âge.

Le présent avis, qui se veut ancré dans les problématiques propres à l'ensemble du système d'action sanitaire et sociale, et qui ne saurait être déconnecté des débats en cours concernant la sécurité sociale, s'attache à suggérer les voies souhaitables pour répondre concrètement aux besoins directement liés au recrutement, à la formation ainsi qu'à la professionnalisation des salariés du secteur, en les plaçant au regard des enjeux actuels et à venir.

CHAPITRE I

LES NOUVEAUX DÉFIS DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

Au même titre que notre mécanisme de protection sociale, auquel il participe pleinement, le système sanitaire, médico-social et social, élément majeur de la cohésion entre les habitants de notre pays, répond au droit universel de protection et de bien-être des personnes. Le principe de solidarité est au cœur même du système, placé au rang de valeur républicaine.

Il s'agit bien de garantir, sur l'ensemble du territoire, l'égalité de tous pour l'accès aux droits (soins, santé, prévention, action sociale) et pour chacun en fonction de ses besoins, et de bénéficier d'établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui soient synonymes d'accueil et d'interventions spécialisées de qualité.

I - UN SECTEUR RICHE ET COMPLEXE FACE À DES ENJEUX IMPORTANTS

Le secteur sanitaire et social est un secteur important de l'économie française, non seulement sur le plan des politiques menées en matière de santé et d'action sociale, mais également en termes de nombre d'établissements, de personnels et d'usagers, constituant ainsi une force économique majeure.

Tel qu'il ressort de la loi hospitalière du 31 juillet 1991 et de celle sur l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002, il regroupe près de 31 000 établissements et services répartis entre public et privé. Le secteur public comprend les services des collectivités publiques et les établissements publics et groupements d'intérêt public, le secteur privé se répartissant quant à lui entre les organismes à caractère commercial, avec principalement les cliniques privées, et ceux à but non lucratif, gérés essentiellement par les associations, les fondations et les mutuelles, ces trois dernières dans une dynamique d'économie sociale.

Le secteur sanitaire et social se consacre aux personnes malades, aux plus âgées, aux enfants et adultes en situation de handicap et/ou en difficulté sociale, mais aussi aux familles par l'aide au maintien à domicile ou la garde d'enfants.

Il se caractérise également par un nombre important de personnels - environ 1 600 000 personnes en équivalent temps plein - dont près des trois quarts sont représentés par les infirmiers, les aides soignants, les agents de services hospitaliers et les médecins pour les professions de santé, et par les assistants maternels et les auxiliaires de vie sociale pour les professions sociales.

Le secteur sanitaire et social est aujourd'hui confronté à de multiples enjeux afin de garantir la continuité des soins et des interventions sociales de qualité, dans un contexte de vieillissement de la population, et notamment de permettre chaque fois que c'est possible aux personnes de rester chez elles le plus longtemps possible.

Il importe, par ailleurs, de répondre aux besoins de cohésion de la population dans un environnement marqué par une massification du chômage et les phénomènes de pauvreté et d'exclusion qui en sont souvent le corollaire. Il convient enfin de faire face aux situations de sous effectifs de certaines professions et/ou sur certains territoires, et de répondre à la pénurie annoncée de professionnels.

II - LA SITUATION DES PROFESSIONNELS

Sur le plan des professions médicales, l'existence d'inégalités en termes de répartition des spécialités médicales sur le territoire hexagonal, de répartition géographique entre le nord et le sud, entre milieux rural et urbain, centre ville et périphérie, voire entre exercice libéral ou activité salariée, couplées aux difficultés de recrutement qui existent déjà pour certaines spécialités médicales, risquent encore de s'accroître au point de devenir d'une extrême gravité dans les années 2010-2015, si la tendance observée aujourd'hui subsiste et s'amplifie.

De leur côté, les infirmiers et aides soignants vont devoir faire face, d'ici dix à quinze ans, à un départ massif des professionnels les plus expérimentés, situation problématique à terme. A titre d'exemple, d'ici à 2015, la fonction publique hospitalière perdra plus de la moitié des agents de ces deux filières, du fait des départs à la retraite.

La démographie professionnelle s'avère tout aussi défavorable pour le secteur social et médico-social qui va subir de la même façon un fort renouvellement du personnel dans la quasi-totalité des emplois puisque environ un quart des effectifs de la branche atteindront les 60 ans dans les dix années qui viennent ; la situation est d'ailleurs particulièrement critique pour les éducateurs spécialisés et les assistants sociaux, ainsi que pour les personnels d'encadrement.

Le secteur sanitaire et social, face tout à la fois à d'importantes difficultés de recrutement, à des carrières relativement courtes pour certaines d'entre elles ainsi qu'à de fortes rotations d'effectifs pour des emplois sensibles, se trouve également confronté avec acuité à la pénibilité des conditions de travail, à de mauvaises conditions d'emploi, de rémunérations et de perspectives de carrière, et plus généralement à la question de l'attractivité de ces métiers.

Certaines branches d'activité, tels l'aide à domicile ou les établissements et services pour personnes âgées souffrent plus particulièrement d'un fort déficit d'image. Dans une société valorisant la performance, la beauté et la jeunesse, il apparaît certes louable, mais peu gratifiant, de s'occuper de personnes en situation d'une quelconque dépendance ou infirmité.

III - L'IMPORTANCE DE LA PROFESSIONNALISATION ET DE LA FORMATION

Alors même que le constat est globalement fait d'une pénurie de ces professionnels, actuellement critique pour certains métiers et qui pourrait à l'avenir encore s'amplifier, l'évolution des attentes et des besoins de la société tant sur le plan sanitaire qu'en termes d'action sociale, commande le recrutement et la formation de personnels qualifiés.

L'ensemble du secteur est aussi marqué par une proportion importante de personnels peu formés, par un nombre significatif de faisant-fonction et par un recours croissant à des contrats aidés, dont les titulaires ne disposent pas du diplôme requis par le poste. Il se trouve, de fait, confronté à une exigence accrue de professionnalisation et de qualification de ses salariés, vecteurs majeurs et indispensables à la légitimité d'acquisitions spécifiques reconnues et permettant d'apporter la réponse adaptée à la demande d'aide, de soins ou d'écoute des usagers.

L'un des autres enjeux particulièrement forts semble résider dans une meilleure articulation entre la formation initiale et la formation continue, et une moindre confusion dans le financement de ces dernières. En outre, les débats qui animent le champ depuis de nombreuses années, les pratiques qui s'y développent et les expérimentations qui y sont conduites dans le cadre d'une gestion paritaire et concertée devront désormais se situer dans le cadre élargi par les lois de décentralisation et dans les perspectives ouvertes par la loi du 4 mai 2004 sur la formation professionnelle.

Si les formations ont progressivement été repensées sous l'angle de l'acquisition de connaissances et de compétences, et plus seulement sous celui de qualifications acquises indépendamment des pratiques auxquelles elles renvoient, le développement du tutorat, la validation des acquis professionnels et de l'expérience apparaissent maintenant comme autant d'outils supplémentaires mobilisables par les acteurs pour répondre aux besoins de la société.

*
* *

Au regard de ces nouveaux enjeux, il apparaît donc essentiel d'œuvrer à ce que le secteur retrouve son attractivité et à ce que les personnels soient bien préparés à la prise en charge des populations bénéficiaires, d'où la nécessité de s'attacher à recruter des personnels qualifiés, mais également de revisiter les formations initiales et continues, et de professionnaliser les acteurs.

CHAPITRE II

MIEUX CONNAÎTRE, PROFESSIONNALISER, FORMER

I - PRÉVOIR

A - DU BESOIN DE MIEUX CONNAÎTRE LE SECTEUR ET LA SITUATION DE L'EMPLOI SALARIÉ SANITAIRE, MÉDICO-SOCIAL ET SOCIAL

Avec une espérance de vie à la naissance de 75,3 ans pour les hommes et de 82,8 ans pour les femmes, selon les données publiées par l'Institut national des études démographiques en 2004, les habitants de notre pays bénéficient d'une existence favorable, notamment en regard de nos voisins. A ce résultat, il est possible d'ajouter celui du nombre de personnes âgées de plus de 85 ans, lequel va s'élever de 1,2 à 2,4 millions en une quinzaine d'années. A partir de 2020, les plus de 75 ans représenteront 10 % de la population française. Tout irait donc pour le mieux si la disparition trop précoce de personnes jeunes ne venait pas relativiser ce tableau.

Et puis, est souvent posée par nos compatriotes la question de la qualité de vie des années gagnées. Le souci du bien-être permanent ainsi que la maîtrise de la souffrance et la demande de guérison rapide sont les attentes majeures exprimées par les utilisateurs du secteur sanitaire.

Il en va de même pour les publics accueillis dans le secteur social et médico-social, lesquels formulent souvent en compagnie de leurs proches des exigences fortes en termes de sécurité tant familiale qu'économique et sociale, d'exemplarité de l'accueil des plus vulnérables, d'encadrement de qualité et de soutien spécialisé pour tous, ceci afin de contribuer au mieux à leur réinsertion dans la vie de tous les jours.

Il faut souligner ici que la publication, en janvier et en mars 2002, de deux lois applicables dans le secteur sanitaire et social ont apporté pour l'une aux malades et pour l'autre aux personnes aidées, des informations sur leurs droits nouveaux s'ajoutant aux précédents, d'ailleurs souvent mal connus des intéressés.

Le rôle principal, dans l'administration du système de santé comme dans celui du secteur social médico-social, relevant de l'intervention et du contrôle de l'Etat, en tant que garant de l'intérêt public et promoteur de l'amélioration de la condition sanitaire et sociale de la population, avec l'accomplissement sur les prochaines années de la régionalisation de la santé et de la départementalisation de l'action sociale et médico-sociale, les pouvoirs publics ont lancé le défi de la réalisation de ces mêmes missions dans un nouveau cadre très démultiplié.

Aussi, des inquiétudes apparaissent aujourd'hui chez les citoyens quant à la qualité des prestations sanitaires et sociales, mais aussi quant à leur égal accès dans ce cadre éclaté. Les mêmes interrogations se font jour à propos du niveau de réponse de l'aide aux publics en difficulté comme aux personnes en situation de handicap ou d'exclusion, ou encore concernant la prise en charge des personnes âgées et des jeunes enfants. Il faut dire que les pénuries existant dans plusieurs sous-secteurs de l'action sanitaire et sociale et dans plusieurs régions du pays sont déjà malheureusement subies au quotidien par les familles et les utilisateurs des services ou établissements spécialisés dans le domaine de la petite enfance ou dans l'accueil des personnes handicapées et/ou âgées.

L'insuffisance des effectifs de personnels qualifiés fait également craindre le développement du travail dissimulé et même le danger qui s'ensuit, d'interventions totalement inappropriées sur des êtres fragiles. Simultanément est soulevé le problème de la coordination nationale des politiques décidées et des actions conduites au plan territorial, par exemple en ce qui concerne la veille et la sécurité sanitaires générales, la lutte globale contre les grandes maladies, le soutien à la mise en œuvre des bonnes pratiques ou de la prévention, les actions collectives contre la toxicomanie ou l'alcoolisme.

Par ailleurs, des économistes de la santé se demandent si l'effet de ces diverses mesures, visant à introduire davantage de proximité dans les soins et à l'action sociale, aura des conséquences sur l'évolution des dépenses afférentes et sur le niveau des recettes correspondantes. Il est exact qu'avec 9,5 % du PIB consacré actuellement à notre santé, l'optimisation des moyens budgétaires est une nécessité et le sera sûrement sans discontinuer.

Quoiqu'il en soit, ce sont bien les professionnels sanitaires et sociaux, et en particulier pour ce qui concerne le présent avis, les salariés de ce secteur, qui ont l'opportunité de répondre à l'ensemble de ce questionnement. En effet, rien ne peut être vraiment fait sans leur concours ni en dehors de leurs disponibilités et compétences. C'est la raison pour laquelle le Conseil économique et social estime qu'il est aujourd'hui pertinent et indispensable de redynamiser l'anticipation de la gestion des besoins d'emploi et de formation des salariés du secteur sanitaire, social et médico-social.

S'il importe d'agir pour prévenir toute prochaine crise sanitaire comme celles pouvant naître de nouvelles canicules, de nouvelles épidémies et/ou de nouvelles maladies alimentaires, lesquelles pourraient causer des dégâts irréversibles au sein de la population, il faut en même temps s'assurer en permanence que nous disposons en France des moyens humains nécessaires et qualifiés, non seulement pour faire face au quotidien mais aussi à l'exceptionnel, ce qui participe d'une gestion politique et économique maîtrisée dont le citoyen est le sujet central.

Tout d'abord, ressort l'importance que notre collectivité nationale soit rapidement équipée d'un dispositif d'information statistique propre à ce secteur, qui y évalue précisément et en continu la situation de l'emploi dans ses branches professionnelles. Documentés grâce à cet instrument, les décideurs nationaux publics et privés seraient alors en mesure de piloter, en temps réel comme en prospective, le secteur de la santé et de l'intervention sociale.

1. Dénombrer les besoins des branches à l'horizon 2005

En premier lieu, pour avoir une idée précise de la situation de la qualification et des effectifs à former dans le court terme, il apparaît comme une évidence qu'il faille d'abord se préoccuper de faire recenser avec exactitude -par un organisme compétent tel celui qui est décrit plus loin- les postes prévus au budget mais non pourvus et ceux devenus vacants depuis au minimum une année.

Il est pareillement indispensable de compter les postes nécessitant réglementairement et/ou conventionnellement un diplôme, et qui sont tenus actuellement depuis plus d'un an, par des personnels en situation temporaire d'emploi, aussi dénommés faisant fonction.

Simultanément, du fait de leur importante présence dans le secteur, particulièrement dans le domaine social et médico-social, il s'avère utile de chiffrer les postes occupés par des personnels titulaires de contrats aidés et spécifiques tels que les contrats de qualification, les contrats d'apprentissage, les emplois jeunes, les contrats à durée déterminée et les intérimaires.

Puis, il pourrait être instructif, si l'on veut affiner l'analyse de la situation réelle de l'emploi, de lister les postes demandés au budget mais qui attendent une réponse des autorités de tarification, par exemple, ceux liés à la mise en œuvre des 35 heures hebdomadaires.

2. Evaluer les besoins en postes pour la période 2005-2020

En novembre 2002, le Commissariat général du plan publiait son rapport sur *L'avenir des métiers* révélant que 8 millions d'emplois seraient à occuper en France d'ici 2010. Dans ce nombre imposant, les emplois sanitaires et sociaux sont parmi les premiers. Les besoins d'infirmiers et de sage-femmes sont évalués à 172 300, les aides-soignants à 141 000, les employés à domicile à 144 600 et les assistants maternels à 600 800.

En mai 2002, l'UNEDIC révélait, dans une enquête menée auprès des établissements qui voulaient embaucher des professionnels sur des fonctions sociales et médico-sociales, que 62 % d'entre eux rencontraient des difficultés de recrutement. Et dans 53 % des cas, ils n'arrivaient pas à trouver sur le marché du travail les assistants sociaux ou les conseillers familiaux dont ils avaient besoin. Quant aux éducateurs spécialisés, ils leur faisaient défaut dans 48 % des cas.

Bien sûr, ces relevés ne présentent aucun caractère d'exhaustivité et méritent sûrement d'être recoupés avec d'autres sources. Il apparaît donc que des travaux démographiques approfondis sont nécessaires pour dresser le plus exactement possible l'état des lieux. Il semble primordial que cette observation du terrain soit réalisée dans des délais suffisamment rapprochés - par un appareillage statistique du type de celui que le conseil préconise plus avant - si l'on veut pouvoir agir sur les événements au lieu de les subir, et que les résultats soient disponibles pour tous les métiers et toutes les catégories des emplois salariés du secteur sanitaire, médico-social et social. A cette occasion, il sera également opportun d'inventorier tous les postes devant faire l'objet d'un remplacement après le départ en retraite de leurs titulaires.

A partir de ces constats, que d'ailleurs les pouvoirs publics et les interlocuteurs sociaux devront s'approprier paritairement et interpréter, il appartiendra simultanément aux décideurs et aux financeurs de déterminer comment pourvoir ces emplois par des professionnels.

Il leur faudra alors, nous apparaît-il, construire avec les organismes employeurs du secteur les futures trajectoires des personnels qui partant du recrutement, en passant par la formation et en visant la qualification, aboutiront à l'affectation sur le poste existant.

Ces procédures et ces moyens logistiques mis en place, il sera alors nécessaire de les maintenir opérationnels si l'on veut réunir pour les établissements et les services dans le secteur sanitaire, social et médico-social les conditions d'une bonne pratique générale de la gestion anticipée des emplois et des qualifications.

B - DE LA NÉCESSITÉ D'UN APPAREILLAGE STATISTIQUE AU SERVICE DE LA PRÉVISION DE L'EMPLOI ET DE LA FORMATION DANS LE SECTEUR

Il est légitime de s'interroger aujourd'hui quant à la nécessité de bâtir un organisme statistique sanitaire et social, alors qu'il en existe déjà plusieurs autres dans le champ généraliste. Toutefois, dès lors que le travail commandé conditionne le choix de l'outil permettant d'y parvenir, il convient de veiller à ce que le dispositif statistique national dont le secteur a besoin lui soit pleinement adapté.

Cela suppose que l'outil soit facilement accessible pour les décideurs ayant à connaître du champ sanitaire et social, mais également qu'il soit suffisamment spécialisé. Ainsi pourra-t-il être en phase avec son espace d'inventaire des informations, grâce à l'agence nationale statistique- et en mesure d'analyser et d'exploiter - via le conseil national statistique- finement ses résultats.

Il doit aussi être conçu pour réagir suffisamment vite afin de répondre aux sollicitations urgentes, être en mesure d'assurer régulièrement le renouvellement de ses études et œuvrer dans le sens d'un meilleur rapport coût/efficacité.

Au vu de ces premiers critères, il ressort que les opérateurs existants ne répondent pas de façon satisfaisante aux attentes formulées en la matière. Le temps de la réflexion permis par l'élaboration du rapport ainsi que le débat sur le présent avis a par exemple permis à notre assemblée de vérifier, dans le domaine médico-social et social, qu'assez peu de données chiffrées récentes étaient disponibles et véritablement utilisables de prime abord. La nécessité d'organiser un système statistique accessible aux acteurs du domaine sanitaire et social apparaît donc devoir s'imposer.

1. Bâtir une « agence nationale statistique de l'emploi et de la formation » pour connaître précisément la situation dans le secteur

La nouvelle loi sur la formation professionnelle du 4 mai 2004, reprenant à son compte une disposition de l'accord national interprofessionnel qui l'a précédée, a prévu par son article 16 la modification de l'article L. 934-2 du Code du travail, afin d'y insérer un alinéa confiant aux commissions paritaires nationales de l'emploi la mise en place d'observatoires prospectifs des métiers et des qualifications dans chacune des branches professionnelles du secteur privé.

Les principales missions fixées à ces observatoires consistent à mener des études prospectives portant sur les besoins de qualifications professionnelles par secteur d'activité ou par groupe de métiers en s'appuyant sur des analyses documentaires statistiques ainsi que sur l'exploitation d'enquêtes et d'entretiens auprès des entreprises, à collaborer à la réalisation d'études actions par secteur, à apporter des éléments d'analyse en vue de la définition de la politique de formation professionnelle et d'apprentissage de la branche, à contribuer au diagnostic préalable élaboré par celle-ci, à intervenir en amont de la négociation des accords de branche sur la formation, et enfin à fournir aux représentants des employeurs et des salariés toutes études susceptibles de nourrir leurs travaux paritaires dans le domaine de l'emploi et de la formation.

Il est à noter que dans le champ sanitaire et médico-social à caractère commercial, comme dans celui du secteur sanitaire, médico-social et social sans but lucratif, des observatoires des emplois et des qualifications fonctionnent et que la loi va les relancer. Dans ce contexte, il ne devrait pas être trop complexe de les mettre en situation de produire à direction d'une Agence statistique de portée nationale (ANSEF) qui reste à créer, les éléments chiffrés et utiles traduisant les besoins globaux en postes et en formations que le secteur attend.

De surcroît, à chaque fois que cela correspond aussi à l'intérêt et à une meilleure connaissance du secteur, cette agence nationale collaborerait à des travaux statistiques de portée interprofessionnelle avec des organismes tels que l'INSEE ou l'INED, pourrait participer à des études ciblées sur le secteur de la DREES ou de la DARES, et initier ses propres recherches dès lors que le Conseil national d'analyse de l'emploi salarié dans le secteur lui en passera ou en validera la commande.

On peut aisément penser que la fonction publique hospitalière et la fonction publique territoriale qui disposent, elles aussi, de dispositifs approchants sauront sûrement à leur tour se mobiliser pour bénéficier en leur sein d'organismes semblables et surtout compétents à la fois sur l'emploi et la qualification. L'exemple de la création de l'ANFH à son époque, comme pendant hospitalier public des fonds d'assurance formation créés par la loi de 1971 dans le privé, est une réalité tout à fait concrète pour nous le faire espérer.

Aux côtés de ce dispositif de collecte des données, un comité scientifique placé auprès de la direction de l'organisme, associant représentants des acteurs présents sur le terrain et techniciens de la statistique indépendants, recevrait pour mission d'évaluer les méthodes et contrôler la fiabilité des résultats tout en vérifiant la bonne utilisation des outils de mesure, leur cohérence et l'adéquation des moyens employés.

Tant dans l'intention de gérer correctement des crédits budgétaires encadrés nécessairement contraints que pour des raisons d'efficacité et de cohérence au regard des enjeux auxquels se confronte le secteur sanitaire, médico-social et social, il semble au Conseil que le moment est venu de rassembler l'ensemble des moyens qui concourent à la réalisation des mêmes objectifs mais qui, épars, œuvrent trop souvent chacun de leur côté et selon des rythmes et des temporalités différents.

2. Constituer un « conseil national d'analyse statistique » de l'emploi salarié dans le secteur

Une fois l'agence nationale statistique instituée en tant qu'outil statistique sectoriel, il deviendra alors possible d'agglomérer dans la réflexion et la prospective ses propres résultats d'études, mais aussi les données des observatoires publics et privés de l'ensemble du secteur sanitaire, médico-social et social, et enfin les données des organismes publics officiels. L'ensemble de ces éléments synthétisés permettront d'enrichir et de nourrir en continu la gestion anticipée des besoins d'emploi et des qualifications. Pour se faire, un Conseil d'analyse national de l'emploi et de la formation (CANEF) sera à constituer simultanément.

Ce Conseil devrait être conçu comme un outil politique et formé de représentants des employeurs, des salariés et des administrations de tutelle, qui opèrent tous sur le terrain. Entre autres missions, il analyserait la situation, pour toutes les catégories et sur tous les lieux d'exercice professionnels de l'emploi salarié dans le secteur. Il pourrait distinguer les obstacles aux départs en formation dans le but de les surmonter, en proposant les démarches prospectives pour l'amélioration de la qualité de l'emploi. Par l'évaluation des résultats des programmes emploi et formation réalisés, il serait en situation de conseiller les pouvoirs publics nationaux et territoriaux ainsi que les interlocuteurs sociaux de chacune des branches quant aux mesures *ad hoc* à prendre en matière de

recrutement, de formation et de professionnalisation des salariés du champ sanitaire et social.

Ainsi, notre assemblée considère qu'une Agence statistique nationale, pilotée par un Conseil d'analyse national de l'emploi salarié dans le secteur, aurait l'avantage de donner corps à un appareillage statistique cohérent, qui fait actuellement défaut au secteur, et rendrait possible la conduite d'une politique de l'emploi et de formation professionnelle qui réponde aux besoins sanitaires et sociaux prévisibles de la population.

II - GÉRER

Il apparaît nécessaire pour l'ensemble du secteur de pérenniser et d'améliorer l'emploi des salariés en poste.

Combien manque-t-il de professionnels salariés diplômés ? Pour tenter de répondre à cette question, le schéma national des formations sociales validé par la ministre de l'Emploi et la solidarité le 28 mai 2001, a établi un constat montrant que sur les 806 000 travailleurs sociaux alors recensés, 370 000 d'entre eux étaient des assistants maternels et 177 000 des aides à domicile, personnels peu, voire pas du tout formés.

Pourtant, n'est-il pas indispensable de s'assurer que nos enfants soient confiés à des professionnels compétents, sécurisants, capables de réagir vite et avec justesse, de repérer une anomalie de santé, d'informer et de conseiller les parents sur un comportement pour le plus grand bénéfice de l'enfant ?

Ne nous appartient-il pas également de mettre à la disposition des 7 millions de personnes de plus de 60 ans (dont 90 % souhaitent rester vivre à leur domicile) des personnels formés et qualifiés comme l'ont rappelé dans un communiqué commun en octobre dernier la Fédération nationale de la mutualité française, l'Union nationale des associations de soins et services à domicile et l'Union nationale des centres communaux d'action sociale ? Ces organismes estiment à 100 000 le nombre d'emplois supplémentaires à créer si l'on veut répondre aux besoins croissants.

Le Syndicat des entreprises de services à la personne tirait également le signal d'alarme en mars 2002, en regrettant que le secteur n'attire pas suffisamment de professionnels. D'après lui, celui-ci souffre de l'absence d'une vraie filière de formation débouchant sur un diplôme délivré par l'Education nationale, alors que 300 000 à 500 000 emplois devraient être générés prochainement dans ce secteur.

« *Infirmières : Urgence à l'hôpital !* », titrait dernièrement une revue professionnelle de la région Aquitaine. Alors, combien en manque-t-il actuellement ? 15 000, 60 000 ? Nul ne semble être en mesure d'indiquer le nombre exact des postes d'infirmiers actuellement vacants et même nécessaires à court terme en France, et ce alors même que 418 600 infirmiers seraient actuellement en activité, si l'on se fie aux chiffres donnés par le rapport Berland paru en 2002.

Un point apparaît avec certitude, c'est que les établissements sanitaires médico-sociaux, publics ou privés rencontrent les pires difficultés pour recruter et fidéliser des professionnels qualifiés, et ce, en dépit du fait que le quota de places a été significativement relevé par le ministère de la Santé, de 26 000 élèves infirmiers en 2000 à aujourd'hui 30 000.

Partant du nombre de lits en maisons de retraite, estimé par le ministère en charge des Affaires sociales et de la santé à 432 000 en 2003, et si l'on applique le taux d'encadrement moyen calculé en 1996 par les services du ministère à hauteur de 0,38 salarié équivalent temps plein (ETP) par usager hébergé, on peut alors estimer le nombre de salariés travaillant en 2003 dans ces établissements à 164 000 ETP. Par ailleurs, l'Association des directeurs d'établissement d'hébergement de personnes âgées, partant de ce ratio, estime qu'en Allemagne, en Suisse ou en Belgique, ce taux d'encadrement s'élève actuellement à 0,8, voire à 1,2.

En France, les pouvoirs publics et les responsables des établissements qui prennent en charge les personnes âgées s'accordent aujourd'hui pour considérer que le taux minimum d'encadrement auquel il faudrait parvenir rapidement se situe à hauteur de 0,6. Une règle de trois suffit alors pour établir le besoin en nouveaux emplois à 95 000 ETP pour un ratio de 0,6, et à 181 600 pour un ratio de 0,8.

A - DANS LE COURT TERME

Dès lors, il convient de tenir compte d'une part, des besoins non satisfaits et du nombre de postes tenus actuellement par des faisant-fonction, et d'autre part, des emplois à créer du fait de la croissance démographique de certains types d'usagers ainsi que du départ en retraite d'un grand nombre de professionnels du secteur. Le Conseil économique et social considère à cet égard qu'il est utile - et même urgent - de construire sans délai, dans les branches sanitaires, médico-sociales et sociales à statut public ou privé sans but lucratif et à caractère commercial, des programmes d'envergure. Ces derniers doivent permettre au plus tard d'ici 2010 la résorption complète de tout poste qualifié et budgété qui est occupé par un salarié faisant-fonction et dont le temps passé dans l'emploi est dépassé d'au moins un an. A cet égard, il conviendra de s'appuyer sur les dispositifs de l'accord national interprofessionnel du 20 septembre 2003 ainsi que sur la loi du 4 mai 2004, notamment sur la validation des acquis de l'expérience.

Une promotion collective de ces personnels en place lierait l'accès par une formation adaptée à la certification requise réglementairement ou conventionnellement par le poste, et le reclassement professionnel, en se basant sur le principe que les missions assumées par les faisant-fonction étant identiques à celles accomplies dans l'exercice professionnel par les personnels déjà diplômés, elles entraînent les mêmes qualifications et ouvrent les mêmes droits.

Elle induirait donc pour le secteur professionnel, social et médico-social, au sens de la loi 2002-2, la réalisation d'un effort distinctif et viserait à instaurer pour ces salariés en fonction, dénommés aussi « *personnels en situation temporaire d'emploi* » dans des conventions collectives nationales, un droit à titularisation rendant possible un déroulement de carrière pour une grande majorité d'entre eux.

L'action pourrait, à titre d'exemple, emprunter la voie de la reconnaissance de l'expérience et l'homologation des acquis professionnels (REHAP), dont les effets seraient limités dans le temps. Spécifiquement adaptée à une situation particulière et à des publics définis, elle aurait pour objet d'élever encore le niveau des personnels concernés et de remettre à zéro les compteurs des faisant-fonction dans le secteur.

Cette préconisation de notre assemblée n'est pas à proprement parler une novation complète. En effet, au cours des années 1970, dans le secteur de l'action sociale et au sein de l'éducation spécialisée, les représentants des employeurs et ceux des salariés, en accord avec les ministères de l'époque, ont mis en place un plan réussi de titularisation ciblée de plusieurs milliers de personnels éducatifs en situation d'emploi, intitulé « mesures d'adaptation », et ceci grâce à l'homologation de leurs savoirs et aptitudes acquis dans l'exercice de la fonction. Il est à souligner qu'une bonne part d'entre eux occupe, ou a occupé, des postes de direction.

L'obtention du diplôme ne devant pas constituer une procédure anodine ni un droit automatique dès lors qu'on cherche à l'obtenir - sauf bien sûr à risquer de déprécier ledit titre national, - il relèverait de commissions professionnelles territoriales installées à cette fin et coordonnées par les acteurs nationaux du secteur, jurys d'examen composés de formateurs, de représentants des ministères habilités à délivrer le diplôme national, de représentants des employeurs et des salariés, de valider les savoir-être et savoir-faire des faisant-fonction et de déterminer leurs besoins formatifs supplémentaires.

Cette évaluation leur permettra d'accéder à un complément de formations didactiques à accomplir, faciles d'accès et mettant en œuvre une pédagogie pour adultes, possibles à suivre en cours d'emploi. Constituant naturellement un plan individualisé de formation, elle permettra d'atteindre un niveau de certification reconnu *in fine* par le diplôme national délivré par une commission professionnelle relevant du niveau supérieur du secteur et rendra possible la justification de leurs aptitudes professionnelles à exercer leur métier devant tout employeur.

Simultanément, il serait judicieux que les mêmes responsables du secteur édifient un programme d'avancement des personnels diplômés en exercice, afin que ceux-ci soient engagés dans le même mouvement vers le haut et pour qu'ils puissent se préparer à accéder aux nombreux postes d'encadrement intermédiaire et de direction qui vont être laissés vacants dans peu de temps. Car il est déjà connu qu'environ 50 % des cadres en place vont prochainement partir en retraite.

Il sera aussi important de veiller dans le même temps à conserver dans le secteur les salariés qui sont sous contrats aidés, notamment les emplois-jeunes, en les professionnalisant, c'est-à-dire dans notre esprit, en les aidant à acquérir un diplôme reconnu du secteur, dès lors qu'ils auront formulé la demande par écrit d'être titularisé sur un poste permanent de l'établissement ou du service.

Enfin, il apparaît de bon sens, si le pays souhaite ne pas se retrouver dans les errances passées, de veiller à ne pas réalimenter le système des faisant-fonction. Pour ce faire, l'embauche en contrat à durée indéterminée d'un salarié ne détenant pas la qualification exigée par le poste devrait être exceptionnelle et assortie d'un engagement formel par l'employeur du secteur de financer la formation certifiée adéquate et d'accorder l'autorisation du départ en stage dans l'année qui suit celle du recrutement.

S'agissant de la logistique qu'il y aura lieu de définir et mobiliser sur le terrain, pour atteindre l'objectif d'un maximum de salariés qualifiés sur les postes de travail du secteur, notre assemblée signale l'importance de recruter de nouveaux enseignants ainsi que des personnels de la logistique, pour faire face au besoin massif d'assurer ces formations professionnelles initiales supplémentaires.

Nous recommandons également aux décideurs de développer le nombre de terrains de stages pour que l'alternance soit réellement opérationnelle et pour qu'elle apporte ce complément concret indispensable à l'exercice de ces métiers, que la formation en établissement scolaire ne peut pas fournir.

Concernant cette fois l'accueil et le suivi des stagiaires ainsi que celui des personnels en cours de professionnalisation dans les établissements et les services du secteur sanitaire, médico-social et social, et sachant que la pyramide des âges le permet et même y invite, nous considérons qu'une attention particulière devrait être accordée à une forme de tutorat ouverte aux salariés de plus de 50 ans.

Celle-ci leur procurerait la possibilité de pouvoir s'investir dans la formation afin d'acquérir les aptitudes nécessaires pour encadrer tout travailleur sanitaire et social en période de qualification pratique dans la structure, et transmettre aux nouveaux embauchés les tours de main et les petits secrets des professionnels les plus expérimentés. Il semble que cet effort simultané de conservation de la mémoire des métiers et d'investissement dans l'avenir œuvrerait aussi dans le sens de l'intérêt des employeurs et de la profession tout entière.

Dans le cadre de réponses concrètes aux besoins d'emploi et de qualification auxquels le pays est massivement confronté, il apparaît également important de relancer avec les ministères compétents l'élaboration d'un montage coordonné d'engagements national et régionaux de développement de la formation (EDDF), en ayant la volonté de faire face à l'évolution des besoins des usagers du secteur et des techniques employées, en généralisant l'élévation du niveau professionnel par la formation dans les branches de la santé et de l'action sociale et médico-sociale.

Certes, des embryons d'EDDF ont déjà été mis en œuvre par exemple dans certaines régions et pour certains publics, mais rien de très significatif n'a été entrepris alors que les partenaires sociaux n'ont cessé de solliciter à ce propos le ministère de l'Emploi et de la formation professionnelle, manifestement victime d'inertie dans ce domaine depuis plusieurs années.

Du coup, ce qui aurait pu être entrepris préventivement ne l'a pas été, laissant les actions de requalification des personnels du secteur au point mort. Le Conseil économique et social considère qu'il y a lieu de reprendre sans tarder les travaux débouchant sur les engagements de développer la formation, d'autant plus que des contrats d'études prévisionnelles ont déjà été réalisés et que les résultats servant de base aux EDDF vont rapidement se périmer.

Enfin, il est évident que ces plans et programmes en faveur de la qualification adaptée des personnels en place auront besoin d'être financés. Il nous paraît que les crédits consacrés à la formation professionnelle continue ne sauraient être réquisitionnés à cette occasion puisque les professionnels doivent pouvoir disposer des moyens d'assurer en continu la mise à jour de leurs compétences et le perfectionnement de leurs connaissances.

En fait, d'ailleurs, la formation initiale professionnelle est bien une activité d'éducation qui doit être, par principe, prise en charge par la collectivité nationale, c'est-à-dire par le budget de l'Etat. En conséquence, les ministères en charge de la Santé et de l'Action sociale et médico-sociale ont à décider de la dotation budgétaire de fonds créés et gérés paritairement par les interlocuteurs sociaux des branches concernées, pour financer le programme national de résorption des salariés en cours d'emploi. La durée de ces organismes sera étroitement proportionnelle à la volonté et à l'engagement publics de pourvoir, au nom de la meilleure qualité de la prestation, les postes de travail du secteur sanitaire, médico-social et social par des professionnels diplômés.

De surcroît, notre assemblée estime qu'il est possible pour les pouvoirs publics qui financent les établissements et les services de consacrer au financement de la qualification, la mutualisation des différentiels budgétaires - que nous appellerons les delta - de salaire qui existent entre ceux prévus au budget arrêté pour l'emploi des personnels possédant le diplôme requis par le poste et ceux, bien inférieurs, qui sont réellement versés aux salariés non qualifiés y faisant-fonction. Il serait également fondé d'ajouter aux sommes dégagées par ces delta celles qui correspondent à des emplois qualifiés et dédiés,

qui figurent donc dans la masse salariale prévisionnelle acceptée par la tutelle, mais qui cependant ne sont toujours pas pourvus.

Même si, à première vue, une telle politique de récupération financière des différentiels de salaire non versés au profit de la qualification pourrait apparaître comme contraignante, il n'en demeure pas moins qu'il est tout aussi insupportable que les sommes qui devraient être consacrées à la rémunération de personnels qualifiés, soit dorment dans les budgets, soit se trouvent perdus, soit encore, servent à financer parfois astucieusement d'autres dépenses.

B - A TERME

Les besoins massifs de personnels qualifiés qui se profilent dans la prochaine quinzaine d'années représentent un défi considérable tant pour notre société que pour le bien-être de ses habitants. Le Conseil économique et social pense qu'il sera possible d'y faire complètement face si tous les responsables en charge de ce dossier abordent la problématique de manière constructive notamment par le moyen d'une gestion anticipée des emplois et des qualifications (GAEQ), d'autant que dans ce domaine une aide de l'Etat au conseil externe, de l'ordre de 15 000 € est ouverte au niveau des entreprises.

Reconnaissant ainsi l'absolu besoin d'ouvrir des promotions supplémentaires d'élèves en formation initiale directe et préalable à l'emploi, le ministère de la Santé et celui de la cohésion sociale viennent enfin de relever dans l'urgence significativement les quotas et les *numerus clausus* pour l'entrée dans les instituts de formation aux soins infirmiers et dans les écoles de travailleurs sociaux.

Mais cet effort ciblé ne doit pas à lui seul être tenu pour suffisant. Un nouvel effort, particulièrement conséquent, doit être pareillement engagé pour les autres catégories professionnelles afin d'assurer l'avenir dans l'ensemble du secteur.

On peut noter avec un certain étonnement, que les abandons en cours de formation représentent actuellement environ 15 % des effectifs présents à l'école, ainsi qu'en atteste par exemple, pour la formation des infirmiers. Cela représente un coût humain et budgétaire important, et qui pour bonne part pourrait sans doute être évité.

Pour le Conseil, les pouvoirs publics et les interlocuteurs devraient être invités à revoir complètement la situation vécue de l'étudiant sanitaire et social pour l'améliorer. Il y a ainsi lieu de mettre l'étudiant en situation d'assurer sa subsistance, son transport et son logement tout en favorisant sa participation à la vie sociale, et en se préoccupant de son accueil et de son insertion véritable dans l'action de formation qu'il suit.

Dans le même but, notre assemblée préconise la réactivation du système national des bourses de promotion sociale pour les travailleurs de plus de 25 ans, ascenseur social en vigueur jusque dans les années 1990 et dont la profession s'accorde à reconnaître qu'elle a rendu beaucoup de services en ces temps-là et produit des travailleurs sanitaires et sociaux fidèles et compétents.

Notre assemblée rappelle par ailleurs que l'effort de renouvellement des personnels qualifiés qui partent en retraite est d'une grande ampleur. Il en va de l'intérêt économique et social de former et de recruter sans trop tarder de nouveaux personnels, sachant que la démographie des salariés en activité va baisser et que nous disposerons de moins de demandeurs d'emploi sur le marché du travail.

Les personnes à la recherche d'un travail seront courtisées et si l'on y prend garde, la pénurie de professionnels qualifiés pourrait devenir grande, s'effectuant au détriment notamment des usagers les plus en difficulté, des personnes malades, des personnes en situation de handicap et des personnes âgées dépendantes. Il est bien connu que ce qui est rare est cher et que cela peut encourager les calculs, voire le trafic ; cela incite aussi à la surenchère, par exemple, laquelle se répercute dans le prix facturé en regard de la prestation fournie.

La solution passant obligatoirement par le recrutement massif et la formation qualifiante en grand nombre de professionnels sanitaires et sociaux d'ici 2020, il est donc déjà sûr qu'il faudra mobiliser des moyens financiers tout à fait importants.

Il appartiendra aux pouvoirs publics de notre pays d'en décider le volume. Rien ne les empêche à ce propos de commencer le provisionnement des crédits nécessaires sur les exercices actuels. En tout cas, déjà à budget constant, nous savons que pour constituer un fonds de financement spécifique, ils pourront compter sur le différentiel de salaire qui correspond à la rémunération d'un professionnel qui vient de partir à la retraite, qui est souvent maximale, notamment du fait de son ancienneté, et celle qui est versée à un nouvel embauché qui débute sa carrière dans l'établissement ou le service du secteur.

Il ne nous apparaît pas scandaleux, ni aberrant, que cet autre delta qui est loin d'être négligeable (jusqu'à 30 % d'un salaire) soit réinvesti dans la qualification des nouveaux professionnels à embaucher. Et il faudra certainement compléter ce budget, que le Conseil regarde comme un investissement pour préparer demain, par des crédits dédiés de l'Etat et notamment ceux du ministère de l'Emploi et de la formation professionnelle.

Cette volonté et cette décision appartiennent aux Politiques. Espérons que les financements seront mobilisés en suffisance. Cela doit être possible, surtout si leur abondement est recherché, par exemple, par des aides provenant des régions mais également de l'Union européenne, laquelle sera sollicitée pour faire face partout à la problématique des pénuries ; car étant commune aux pays membres, elle interpellera aussi les responsables politiques au-delà de nos frontières.

III - FORMER

Moderniser le système de formation professionnelle initiale et continue apparaît particulièrement important.

Fin 2001, la direction générale de l'action sociale rendait public le schéma national des formations sociales en révélant que sur l'ensemble des travailleurs sociaux recensés, 46 % étaient des assistantes maternelles et 22 % des aides à domicile, ces personnels étant insuffisamment formés. En avril 2002, le directeur général du syndicat national des associations de sauvegarde de l'enfance à l'adulte, déclarait à son tour que : « *dans les années 1980, on comptait 80 % de niveau III dans le secteur. Aujourd'hui, on frôle la barre des 50 %* ».

En décembre 2002, la représentante de la Fédération des particuliers employeurs annonçait que 13 000 des 800 000 salariés employés à domicile par des particuliers avaient bénéficié d'une action de formation depuis 1999 et que 4 334 d'entre eux avaient obtenu un titre ou un certificat de qualification professionnelle.

Ces constats parmi les plus récemment dressés par des acteurs du terrain mettent notamment en lumière la déqualification rampante à laquelle le secteur sanitaire, social et médico-social est confronté. Il convient de signaler au passage que dans les établissements et services dépendant du secteur public hospitalier et sur les emplois médicaux, infirmiers et paramédicaux, sûrement du fait d'une réglementation exigeante, le taux de diplômés affectés sur des postes de travail budgétés nécessitant une qualification reconnue tend, lui, vers les 100 %.

Le Conseil économique et social considère, au regard des responsabilités et des missions de service à la population confiées aux personnels du secteur, qu'il importe de viser la qualification de l'ensemble des salariés qui y exercent. Pour ce faire, il apparaît notamment que le nombre de places d'entrées dans les instituts de formation doit être encore significativement relevé.

A - LES FORMATIONS SANITAIRES ET SOCIALES

Dans ce domaine, notre assemblée estime qu'il est nécessaire de réexaminer la totalité des cursus de formation, de manière à les adapter aux besoins actuels et à les rendre plus accessibles qu'ils ne le sont.

Le nouveau dispositif de validation des acquis de l'expérience présente l'avantage d'obliger à revisiter les emplois et les formations de la branche sanitaire et sociale, en passant par la définition ou l'actualisation concertées de référentiels d'activités, de métiers, de formations et de certifications. Mais il importe en même temps de veiller à la cohérence et à la complémentarité des formations entre elles. De même, il convient de continuer à s'appuyer sur la nomenclature par niveau de formation en vigueur, dans la mesure où elle est indéniablement structurante et où elle maintient le lien entre les branches et facilite les échanges entre les salariés au plan interprofessionnel.

La réalisation de cette condition *sine qua non* permettra de bâtir enfin un répertoire national des métiers du secteur, témoignant concrètement de la professionnalisation des emplois. Un tel répertoire permet en effet de borner les frontières de chacune des qualifications tout en maîtrisant les apprentissages et les acquisitions communs, en garantissant à priori la même qualité de travail des salariés sur l'ensemble du territoire, et en permettant une reconnaissance statutaire ou conventionnelle favorisant la mobilité.

L'audition des représentants des employeurs et des syndicats de salariés devant la section de travail a mis en lumière à plusieurs reprises la suggestion d'une modularité des programmes de formation. L'avantage d'une construction progressive de parcours individuels par modules de formation se combinant les uns avec les autres apparaît à cet égard bien fondé si l'on s'assure qu'elle n'œuvre pas contre la qualification.

Notre assemblée souligne l'aspect positif d'une formule pragmatique, permettant des reconnaissances statutaires et conventionnelles intermédiaires.

A titre d'exemple pratique, dans le but de motiver les salariés à partir se former et à se qualifier, la progression dans la grille indiciaire devrait davantage tenir compte des acquisitions dont le salarié peut justifier au fur et à mesure du déroulement de son parcours de formation. Elle pourrait pareillement faciliter les réorientations en cours de formation lorsqu'il ressort que la formation suivie ne correspond pas aux attentes ou aux capacités du salarié. De telles situations ne sont pas rares.

De surcroît, une organisation de la formation repensée ainsi conviendrait mieux aux salariés qui travaillent dans des établissements et services où par la nature même des fonctions exercées, il leur est difficile de s'absenter trop longtemps de leur poste pour formation.

Il conviendra toutefois que les salariés étudiants ne soient pas incités à arrêter leurs études en cours, à la faveur de l'obtention d'un module, mais aussi de veiller à ce que le diplôme sanctionnant la formation ne puisse être délivré qu'une fois réalisée la totalité du programme défini pour la personne, c'est à dire lorsque l'ensemble des modules requis a été obtenu par l'étudiant.

De même, il serait souhaitable que les employeurs soient encouragés à favoriser le départ en formation de leurs salariés.

Simultanément, deux nouveautés doivent être intégrées rapidement par les pouvoirs publics, les centres de formation, les commissions professionnelles spécialisées et les interlocuteurs sociaux, dans leur démarche de « revisitation » des formations certifiées de la branche. Il s'agit de l'intégration des qualifications et diplômes correspondants au nouveau dispositif européen dit « LMD », c'est-à-dire « licence, master, doctorat », et de la détermination des conditions d'équivalence entre les diplômes dans le vaste champ européen des titres sanitaires et sociaux. En effet, si la présence de professionnels étrangers sur le territoire français est aujourd'hui principalement liée à la gestion de la pénurie dans certains emplois, notre assemblée exprime le souhait qu'elle s'explique à

l'avenir davantage par une réelle facilité de circuler sans contrainte et de travailler librement pour l'ensemble des peuples d'Europe.

B - ASSURER LE PRÉSENT ET S'APPROPRIER L'AVENIR

L'organisation des programmes de formation en modules apparaît de nature à simplifier la mise en place de passerelles entre les certifications, d'équivalences entre les formations. Elle participe également dans son principe à une optimisation de la durée de formation pour ceux qui veulent accéder à un niveau supérieur et qui peuvent déjà exciper de l'acquisition d'un ou plusieurs modules.

Il en va de même du décloisonnement recherché entre les activités sanitaires, médico-sociales et sociales, souvent intimement imbriquées. En effet, l'attente des professionnels est également forte en cette matière. Il est vrai qu'aux urgences de l'hôpital, les malades et les accidentés arrivent fréquemment désemparés, additionnant souvent de légers traumatismes physiques à de grosses inquiétudes psychiques, ce qui conduit les spécialistes à penser que la réponse pertinente relève souvent d'une prestation généraliste ou médico-sociale assurée par des professionnels qualifiés en ces domaines, plutôt que de la seule intervention, hautement spécialisée dispensée par l'urgentiste.

De la même manière, le travailleur social en charge de personnes sans domicile doit de plus en plus souvent faire appel à des personnels soignants pour améliorer l'état sanitaire, parfois alarmant, de ceux dont il vise la réinsertion économique et sociale. Autre exemple touchant cette fois les maisons de retraite, la personne âgée a autant besoin au quotidien d'animation sociale que de soins individuels et adaptés. Auprès d'une même personne, accueillie 24 heures par jour et 365 jours par an dans un établissement, plusieurs intervenants se succèdent. Il apparaît vite indispensable que tous les professionnels puissent avoir connaissance et surtout comprendre l'acte que le collègue a accompli ou prévoit d'accomplir. Chacun reste ainsi dans sa spécialité mais dans l'esprit d'une co-construction de l'intervention au profit premier de la personne âgée.

La réalisation d'un travail en équipe doit certes permettre de répondre à ces attentes. Au-delà, les professionnels expriment de plus en plus la volonté de mieux connaître le contenu du métier de ceux avec lesquels ils sont appelés à exercer, marquant ainsi leur préoccupation d'élargir leur champ de connaissance et de compréhension de la cohérence et de l'articulation des interventions de chacun. Il s'agit là d'un atout formidable pour le secteur, qu'il faut entretenir et propager, notamment au travers des enseignements fondamentaux délivrés aux jeunes diplômés qui viennent et viendront occuper les emplois du secteur.

A cet égard, l'accueil des nouveaux personnels reste à parfaire. Avec les vacances d'emplois et les suppressions de postes, la réorganisation des horaires dans les services, le travail s'est en effet densifié et accéléré pour tous. Les souplesses d'organisations du temps qui existaient autrefois ont pour la plupart aujourd'hui regrettamment disparu. Les stagiaires présents dans les établissements et services pour la réalisation de la partie pratique de leur scolarité se sentent souvent mal reçus et mal considérés. Ils ont l'impression de ralentir, de gêner et même parfois d'être de trop. Ils ont trop souvent à travailler seul, sans soutien ni surveillance de leurs tuteurs. Il serait bon, sachant cela, que les acteurs de la formation, mais également les utilisateurs finaux que sont les employeurs et l'encadrement, recherchent ensemble les moyens de redonner toute sa noblesse à cette part de formation concrète et dynamique, en situation de travail et au contact d'un professionnel.

L'accueil et l'encadrement des stagiaires devraient être reconnus à part entière dans le contenu du travail des professionnels en poste et intégrés dans la charge de travail et le calcul des effectifs.

S'agissant des modes d'apprentissage du métier, il est par ailleurs étonnant d'observer que si la très haute technologie est de plus en plus employée dans l'activité professionnelle, elle reste relativement peu utilisée dans la formation initiale des personnels sanitaires et sociaux. A cet égard, l'usage que fait actuellement la médecine des nouvelles technologies doit, selon notre assemblée, être regardé comme exemplaire. Un nombre grandissant de médecins intègre en effet aujourd'hui dans la pratique de leur art les robots, la télé-médecine ou encore la réalité virtuelle.

Ces techniques d'imagerie, de modélisation et de la cognition devraient être, selon le Conseil, davantage encouragées, financées et diffusées, notamment par les opérateurs de la formation initiale et continue ainsi que par ceux qui se consacrent à la recherche. Dans la mesure de leur coût et de leur efficacité, mais aussi du confort qu'elles apportent au patient, elles sont parties prenantes du présent et de l'avenir de la médecine. Les rendre accessibles et familières dès la période cruciale de l'apprentissage du métier permettrait de disposer favorablement l'étudiant du secteur sanitaire et médico-social et ainsi mieux le préparer à la maîtrise courante de ces techniques dans l'activité professionnelle.

Si le raz-de-marée que quelques enthousiastes avaient annoncé n'est pas encore au rendez-vous, il est pour le moins indéniable que « *e-learning* » - ou formation en ligne - se développe dans le domaine de la formation en entreprise et tend à se diffuser assez largement dans un secteur tel que le sanitaire et le social, secteur conduit à rechercher en permanence l'efficacité et l'économie. Encore à ce jour peu répandue durant sa phase d'expérimentation, la formation en ligne constituera sûrement dans l'avenir une formule adaptée, participant à la transmission de connaissances courantes et à l'évolution individuelle des salariés.

Difficilement compatible avec les apprentissages comportementaux, ce type d'outil pédagogique s'avère en revanche performant pour les enseignements informatiques, les aides à l'entraînement aux méthodes et protocoles, les apprentissages de langues étrangères et les systèmes d'évaluation rudimentaires. Toutefois, « l'*e-learning* » ne doit pas être regardé comme la formule magique que d'aucuns attendaient, par exemple, pour l'enseignement à distance, ou à destination des salariés des établissements et des services éloignés ou isolés.

De fait, pour les trois quarts des entreprises qui l'utilisent actuellement, ce sont essentiellement des contraintes de temps et de lieu qui en conditionnent l'usage, l'outil informatique, support essentiel de ce dispositif, étant perçu par les salariés plutôt comme un outil de travail. Il est, sur cette question, important d'avoir présent à l'esprit que « l'*e-learning* » ne trouve pleinement sa raison d'être qu'en soutien d'une formation en « présentiel », c'est-à-dire en amont, en aval ou au cours d'un stage suivi par un tuteur. De plus, il appartient désormais aux fournisseurs d'apporter non seulement les plates-formes, les matériels et l'offre logicielle standard mais surtout d'être capables de mettre en ligne les formations propres aux professions de l'action sanitaire et sociale.

Enfin, des progrès significatifs doivent encore être accomplis, par la création multipliée de centres de ressources opérationnels, centres continuellement enrichis des dernières avancées et connaissances, aussi bien dans les domaines du soin que de l'action sur les organisations sociales ou les pratiques éducatives, de la petite enfance à la prise en charge de nos aînés. Ceci doit permettre aux professionnels, aux chercheurs et aux médias d'accéder et de s'approprier en continu toutes les expériences professionnelles réussies, lesquelles seront d'autant mieux diffusées et mises au service de la population qu'elles seront aisément capitalisées et rendues reproductibles pour l'ensemble du champ sanitaire et social.

IV - REFONDER

Notre assemblée estime qu'il est nécessaire de rechercher la confiance des personnels.

Les grands médias véhiculent des images de médecins désertant les grandes villes durant les congés d'été, de généralistes renâclant à réaliser des gardes de nuit et de fin de semaine ou à se déplacer dans les campagnes, d'infirmières refusant d'aller au chevet d'un malade au prétexte qu'elles y perdraient de l'argent, ou encore de telle autre administrant des potions létales à ses patients, d'aides médico-psychologiques maltraitant les personnes âgées, ou encore d'éducateurs fermant les yeux sur des délits commis par des jeunes dont ils assument le suivi ou la charge. Ainsi que cela peut être constaté chaque jour, ce ne sont point les pseudo indignations ni les vrais faits divers qui manquent aux journaux pour alimenter régulièrement les colonnes de leurs rubriques.

A la lecture de cette liste vraisemblablement non exhaustive, le lecteur peu informé pourrait en déduire que le secteur sanitaire et social a perdu le sens commun ou que, pour le moins, il n'a pas su se protéger des errements délictueux et judiciaires que notre société a en général à connaître. Pourtant, il est clair que de telles infractions aux valeurs qui fondent et fédèrent les travailleurs de ce secteur sont isolées et rares.

Pour être singuliers et le fait d'individus, ou plus exceptionnellement de collectifs de travail, ces actes ne doivent pas moins être combattus et sanctionnés sévèrement, dès lors qu'ils sont avérés. Ceci est d'autant plus vrai que notre collectivité, à juste raison, présente davantage d'exigences en termes de conscience professionnelle et de respect de l'utilisateur du secteur en état de vulnérabilité qu'elle ne peut le faire pour d'autres activités. Ainsi, la lutte contre les maltraitements et les harcèlements, contre les formes d'abandon des personnes prises en charge, ou encore pour l'élaboration d'un projet améliorant la vie de ces dernières, doit être une affaire permanente mobilisant de manière continue l'attention et la réaction des personnels, de même que la veille sur tout ce qui peut aggraver l'état des malades et des personnes aidées doit être continue.

Un événement - comme son auteur - aussi condamnable soit-il, ne doit pas conduire à porter l'opprobre sur l'ensemble d'une profession, et ce d'autant que la plupart de ces déviances sont signalées aux responsables des établissements par leurs propres collègues. Sans une confiance des populations aidées et soignées laissant de côté tout amalgame, et plus largement sans une reconnaissance sociale, les professionnels du secteur sanitaire, médico-social et social peuvent se poser la question essentielle du sens et de l'utilité de leur travail.

Pour le Conseil économique et social, le secteur sanitaire et social négocie un tournant tout à fait important de son existence, du fait de l'accroissement prévu de la demande d'intervention sociale et de soins de qualité, ainsi que du renouvellement programmé d'une grande partie de ses effectifs. Il doit se mobiliser pour repérer tout ce qui ne va pas et s'organiser pour y porter remède.

A - RECENTRER LE TRAVAIL SUR LA MISSION

D'une part, il est nécessaire, même si cela apparaît comme une évidence, d'insister fortement au début de la formation initiale sur le respect de la déontologie professionnelle, sur la grande importance de la qualité de service au public, sur la conception du « vouloir vivre ensemble » et, en fin de compte, sur le caractère profondément humaniste de la mission que la société a confiée aux professionnels du secteur.

Pour y parvenir, le temps suffisant doit être pris pour enseigner ces valeurs fondamentales dans les établissements de formation et pour que les étudiants les comprennent et les fassent leurs. S'appropriant la ligne de conduite qui en découle, ils doivent également être aidés à intégrer en leur for intérieur les droits et les devoirs qu'implique cette déontologie pour le travail sanitaire ou social.

Cette pédagogie de l'éthique n'est malheureusement pas toujours ni partout enseignée. Enfin, un ensemble de bonnes pratiques adaptées au service et adoptées par le personnel doivent pouvoir être observées concrètement sur le terrain, dans le cadre de l'exécution ordinaire du contrat de travail.

La mise en œuvre de ces principes suppose que des moyens suffisants en termes humains et en matériel soient mis à disposition, afin que chaque citoyen soit traité de manière égale pour l'accès aux soins et à l'action sociale, soit accueilli le mieux possible, puisse bénéficier d'une information complète et exacte et ne soit pas vu comme un objet technique, mais respecté et réellement écouté.

Pour leur part et en ce qui concerne l'exercice professionnel, les personnels ont incontestablement le droit d'être protégés contre les violences ou les situations de rapport de force qu'utilisent parfois les usagers pour obtenir gain de cause, et enfin d'être prémunis contre l'effet dramatique de plaintes judiciaires. Ces plaintes ont récemment pu conduire devant les services de police, à Reims et à Livry-Gargan, deux directeurs de maison de retraite, victimes de l'insuffisance de l'effectif qui leur avait été accordé au budget, et de la canicule de l'été 2003.

Au-delà, la généralisation d'un dispositif d'assurance professionnelle permettrait d'accéder à un soutien institutionnel et juridique en cas de besoin et contribuerait à affermir le sentiment de prendre en compte les difficultés inhérentes à ces métiers.

Enfin, la hiérarchie, chaque fois que cela s'avère nécessaire, doit être appelée à vivifier son soutien au personnel placé sous ses ordres, la manifestation de ce soutien participant à maintenir suffisamment élevé le degré de confiance qui fonde leur collaboration et scelle les équipes.

B - IDENTIFIER ET TRAITER CE QUI NE VA PAS DANS LE TRAVAIL

Le rapport et l'avis adoptés par le Conseil économique et social le 7 avril 2004 sur *Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés* ont montré que, dans les professions de santé, les cas d'ulcères et d'accidents cardiaques avaient été multipliés par deux au cours des dernières années et que l'espérance de vie était de quatre années plus faible que la moyenne. En ce qui concerne les travailleurs sociaux, c'est l'apparition de troubles musculaires, de douleurs articulaires, de maux de dos qui devient aussi préoccupante.

Le stress conséquent auquel doivent faire face ces catégories de salariés n'est certainement pas étranger à la survenue de ces pathologies. Plus précisément, dans le milieu sanitaire et médico-social, il conduit une infirmière sur quatre à l'utilisation de médicaments anxiolytiques et/ou de stimulants. Pour notre assemblée, l'explication des causes de la fatigue par la psychologie de l'individu ne constitue pas la solution permettant d'agir efficacement contre l'épuisement professionnel des salariés les plus exposés.

Ainsi que le recommande le Bureau international du travail dans l'un de ses rapports, la profession infirmière, dont la moyenne d'âge est de 36 ans, devrait être particulièrement aidée. En effet, ces personnels éprouvent fréquemment l'anxiété ressentie vis-à-vis des malades, assistent le plus souvent à la dégradation de l'état de santé des patients, vivent dans l'inquiétude de la réponse à donner à ceux-ci, ce qui peut conduire à leur épuisement émotionnel. Pointé par diverses études, cet épuisement se matérialise dans ce paradoxe que les infirmiers aiment leur travail à plus de 80 % alors que 55 % d'entre eux peuvent avoir dans le même temps envie de quitter leur emploi. L'enjeu n'est pas anodin lorsqu'on envisage l'investissement réalisé pour qualifier un infirmier.

En 2001, un chiffre accablant est en effet apparu : 50 000 infirmiers diplômés de moins de 55 ans n'exerçaient plus en tant qu'infirmier. A cet égard, il apparaît donc absolument justifié de lutter contre l'isolement de ces salariés du secteur sanitaire, médico-social et social. Cette action peut prendre différentes formes et passer par la concertation entre les membres de l'équipe soignante et les médecins, la promotion de l'accès à un soutien psychologique et aux groupes de paroles, la prévention et la résolution des conflits, une certaine diminution de la charge de travail. Elle passe également par le rappel que, derrière l'acte professionnel, existe une personne, pour laquelle il convient de prévoir des lieux pour souffler et récupérer.

Notre assemblée considère comme judicieux que les conseils supérieurs, tant du domaine hospitalier que du travail social, se penchent sur les trajectoires des professionnels en contact direct avec les publics accueillis, analysent les raisons des départs précoces des personnels, de leurs démissions inattendues, de l'important *turn-over*, du « nomadisme » professionnel et suggèrent à cet égard des recommandations publiques.

C - RÉPONDRE À CES DIFFICULTÉS EN RÉORGANISANT LE TRAVAIL

L'anticipation des besoins de recrutement et de qualification, rendue possible par un appareil statistique et politique tel que celui que préconise notre assemblée, devrait permettre d'améliorer la situation de l'emploi dans le secteur sanitaire, médico-social et social, de stopper la gestion empirique et en « *stop and go* » ainsi que le « saupoudrage » des emplois, tout en prévenant le risque d'une surenchère professionnelle à l'embauche qui serait sûrement préjudiciable au secteur et à terme à ses salariés et aux usagers.

Certes, le travail a déjà été réorganisé dans de multiples structures, consécutivement à la mise en place de l'aménagement et de la réduction du temps de travail. Mais nombre de créations de postes, de recrutements et affectations étant encore à ce jour attendus, on peut avancer, sans risque de se tromper, que la réorganisation du travail reste à poursuivre ou tout du moins à achever.

Le Conseil considère qu'il est indispensable de préserver, voire de restaurer le travail d'équipe et combattre l'isolement des professionnels. Cela passe par la lutte contre une trop grande division du travail, la réorganisation du temps d'échanges entre professionnels et une réduction de l'écart entre le travail réel et le travail prescrit.

S'agissant de la qualité du travail, beaucoup de salariés indiquent regretter l'envahissement de leur quotidien professionnel par des tâches administratives toujours plus nombreuses, réalisées au détriment du temps passé au côté des malades et des usagers. Pourtant, sans gros investissement supplémentaire, il devrait être possible de rechercher une automatisation systématique du travail administratif répétitif des personnels.

De manière indéniable, les salariés s'approprient, ou tout du moins s'identifient au métier qu'ils exercent et à l'image qui en est donnée dans l'environnement proche comme à l'extérieur. Dès lors, plus celle-ci est positive et plus le salarié se sent valorisé. Notre assemblée estime que toutes les actions qui concourent à une représentation moderne et qualitative des fonctions doivent être développées.

Cette promotion des métiers, combinée à l'intérêt des usagers, devrait permettre d'encourager le développement des innovations, l'appropriation des techniques de pointe et la recherche, autant que le travail bien fait et la capitalisation des réussites.

La valorisation de ces démarches, par la reconnaissance et l'implication des personnels, pourrait contribuer à apporter de l'intelligence et de la passion collective, ainsi que de la fierté dans l'exercice d'un métier souvent difficile et aux contours pour partie nécessairement méconnus du grand public.

Enfin, ainsi que le préconisait en 2000 l'avis du Conseil sur *Mutations de la société et travail social*, il importe que l'ensemble du secteur s'empare de l'évaluation, de celle consentie qui n'est pas là pour sanctionner, de celle qui ne tombe pas « comme un filet », de celle des besoins et des attentes des personnes confiées ainsi que des ressources mises à la disposition des professionnels, puis relayées par des volontés politiques et économiques déterminées, et coordonnées entre elles, pour se l'approprier et en faire un instrument positif au service des collectifs de travail.

V - AGIR

Actuellement, force est de constater qu'un quart des postes de soins ne sont pas pourvus aujourd'hui dans les maisons de retraite et que cela risque de s'aggraver avec l'augmentation rapide des capacités d'accueil, par exemple du fait de la création de 160 000 places en 2004. De même, des équipements hospitaliers neufs demeurent fermés du fait de la pénurie en personnels susceptibles de les faire fonctionner ; la carence est également forte au niveau de l'animation gérontologique, bien que celle-ci permette pourtant

l'accomplissement de soi et la participation à la vie sociale des personnes âgées. En Ile-de-France, il est actuellement très difficile de recruter des personnels éducatifs diplômés ainsi que des assistantes maternelles et des auxiliaires de vie sociale.

Au regard de ce constat, notre organisation sociale a de quoi se mobiliser ; ce qui conduit notre assemblée à affirmer la nécessité d'une action résolue afin de recruter, former et professionnaliser les personnels pour aujourd'hui et pour préparer, demain, les effectifs des travailleurs sanitaires et sociaux dont notre pays a et aura de plus en plus besoin.

A - REDONNER SON ATTRACTIVITÉ AU TRAVAIL, DANS LE SECTEUR PROFESSIONNEL

Le Conseil économique et social considère tout d'abord que doit être rétablie la vérité sur la réalité de certains métiers, qualifiés en première instance d'ingrats sans que la lumière ait été faite sur leur réalité. Il y a donc tout intérêt à mettre en place une politique de communication entre le secteur, dans son ensemble, et la société, communication qui doit être conçue pour durer. A cet égard, les médias doivent être, au plus vite, requis en faveur du secteur sanitaire et social, afin de contribuer à la résorption des pénuries de personnels qualifiés, de faire mieux connaître l'intérêt d'exercer ces professions qui ont un sens et une utilité sociale particuliers et d'assurer la diffusion de la connaissance.

« Pour tenter d'attirer les jeunes générations vers des métiers perçus de plus en plus comme contraignants et difficiles », la Fédération hospitalière de France, la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée à but non lucratif, l'Association des paralysés de France, l'Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales, la Fédération de l'hospitalisation privée et la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer ont interpellé de concert le Premier ministre à la mi-novembre 2003, afin de demander qu'une campagne nationale de valorisation des métiers hospitaliers et médico-sociaux, labellisée comme « grande cause nationale 2004 » soit orchestrée par les pouvoirs publics, mobilisant la diversité des médias et plus particulièrement la télévision. Le Conseil soutient et s'associe pleinement à cette demande en espérant que les pouvoirs publics finiront par y répondre favorablement.

Il est certain qu'il faut maintenant faire vite et bien cibler les publics auxquels on s'adresse. Car le monde dans lequel vivent et évolueront les nouvelles générations s'est profondément transformé. Pour les jeunes notamment, un grand nombre de références antérieures se sont inversées. Le monde est devenu instable, marqué par un chômage de masse, par la montée de la précarité, par la perte de repères dans quasiment tous les domaines, par une montée des risques qui concernent pour l'essentiel la vie et la santé. Il est donc primordial d'utiliser les mots adaptés pour que les jeunes générations perçoivent bien le message véhiculé par ces campagnes d'information ; il est ensuite

nécessaire de trouver et pérenniser les moyens de susciter leur intérêt de s'investir sur les emplois du secteur sanitaire et social.

Cette communication accomplie et réussie, il y aura lieu de se préoccuper de ne pas laisser les nouveaux professionnels partir vers d'autres sphères professionnelles, sitôt après les avoir formés et diplômés. Cette volonté de fidélisation, notamment de ceux que l'on a mis plusieurs années à qualifier, exigera certainement des efforts budgétaires supplémentaires notamment du ministère des Affaires sociales, lequel, sous la pression des financeurs tout en déplorant les difficultés à recruter des personnels qualifiés, a par ailleurs trop souvent refusé d'agréer dans le secteur à but non lucratif, les avenants de revalorisation salariale. Ainsi, pour ces six dernières années, la valeur du point de la convention collective nationale de 1966 n'a-t-elle augmenté que de deux centimes d'euros !

B - REDYNAMISER LA NÉGOCIATION CONVENTIONNELLE

Il serait souhaitable d'engager des négociations conventionnelles entre partenaires sociaux du secteur public comme privés permettant d'offrir des déroulements de carrière attractifs et d'assurer une reconnaissance positive des salariés en termes de progression de carrière et de parcours professionnel.

La pénibilité physique et psychique de l'activité de ces métiers, en contact direct avec les publics soignés et aidés, ainsi que l'exposition des salariés aux risques professionnels qui assortissent la pratique de leurs fonctions, devraient être mieux prises en compte au niveau de la durée du travail et substantiellement mieux indemnisées qu'elles ne le sont actuellement.

Pour mieux tenir compte d'une technicité forte et de responsabilités qui ne cessent d'augmenter, il serait également opportun de revoir les rémunérations dans leurs composantes, pour qu'elles soient attirantes et plus stimulantes dans leur progression.

La revalorisation de la rétribution des astreintes, des permanences de nuit et de fin de semaine est un chantier à entreprendre sérieusement car l'un des obstacles connus à l'entrée dans ces métiers se trouve justement dans les fortes contraintes qu'ils exercent sur la vie personnelle et la vie familiale. Les anomalies qui en résultent dans la vie quotidienne personnelle des salariés ont à être envisagées directement dans la mesure où elles perturbent les conditions d'articulation entre la vie personnelle et la vie professionnelle. Les négociations entre partenaires sociaux, notamment dans le cadre des discussions sur la pénibilité qui devraient s'ouvrir prochainement, viseraient également à prévoir des compensations, au travers d'aménagements d'horaires et de carrière afin d'apporter aux professionnels un meilleur confort de vie.

Un accès à la formation professionnelle continue, facilité pendant le temps de travail, contribuerait notamment à mettre à jour les connaissances et à adapter les savoir-faire, permettant aux salariés de s'inscrire dans un mouvement d'élévation de leur condition professionnelle et d'acquisition de nouvelles compétences requises pour postuler aux postes d'encadrement, de rendre possibles les échanges entre postes de responsabilité et donner un véritable contenu à la mobilité volontaire.

Sachant que les emplois du secteur sont occupés à plus de deux tiers par des femmes, le Conseil souhaite que cette donnée forte soit mieux prise en compte dans les évolutions contractuelles à venir. C'est ainsi que le temps partiel choisi devrait être aidé et soutenu par des mesures concrètes, alors que globalement aujourd'hui, c'est davantage le temps partiel subi qui est utilisé dans les organisations du travail.

Le décalage de certains personnels au regard de vies de travail qui se déroulent dans des conditions normales et aux horaires habituels, rend plus difficile l'accès des professionnels postés aux services offerts à la population « classique ». C'est bien pourquoi l'établissement employeur attirerait et fidéliserait sûrement les personnels en aidant ces derniers à gérer concrètement les conséquences sur leur vie quotidienne de leurs horaires et rythmes de travail particuliers, en instituant au sein de tous les établissements et services qui en ont la possibilité l'accès de leurs enfants à des crèches ou des haltes garderies, mais aussi à des centres de loisirs, ainsi qu'en offrant une meilleure accessibilité aux services généraux comme la cuisine, la lingerie.

Enfin, le secteur sanitaire, médico-social et social sait en son fort intérieur que l'énergie qu'il consacrera à l'amélioration de la condition de ses personnels vaut la peine d'être dépensée. Ainsi, la gestion des congés, des gardes de nuit ou des permanences de week-end et les jours fériés, en mobilisant davantage les ressources du collectif et les apports des moyens modernes de communication, devrait être encore repensée dans le sens d'une qualité de vie supérieure des salariés concernés.

Parallèlement, les pouvoirs publics auraient intérêt à davantage entendre les demandes des employeurs des services sanitaires et sociaux, lorsqu'ils leur expliquent que les médecins, les infirmiers et les paramédicaux, de plus en plus souvent des femmes, s'installent maintenant plutôt là où la qualité de vie est bonne pour eux et où l'organisation du lieu leur permet d'accéder facilement à des services, comme par exemple, l'école pour leurs propres enfants, les commerces pour la vie quotidienne, les emplois pour le conjoint. La crainte de l'isolement tant géographique que professionnel, est certainement une donnée à « positiver » dans les meilleurs délais.

CONCLUSION

Dans leur richesse et leur grande diversité, les actions menées par le secteur sanitaire, social et médico-social s'inscrivent au cœur des préoccupations des français. A bas bruit et se tenant le plus souvent loin du tumulte médiatique, les interventions de ces structures et de ces personnels en direction des malades, des personnes âgées, des personnes en situation de handicap ou des personnes en difficultés, constituent en effet un puissant facteur de lien social, incarnant au quotidien l'une des valeurs au fondement même de la société contemporaine, celle d'un « Vouloir vivre ensemble » conceptualisé en son temps par Ernest Renan et dont l'actualité ne se dément pas.

Dans sa traduction concrète, la mise en œuvre de ce principe occupe une place qui ne pourra, dans les prochaines années et les décennies qui s'ouvrent, aller que croissante, notre société ayant notamment à faire face à l'allongement de la vie et à la demande de soins et de prise en charge qui en résulte, mais aussi à imaginer des réponses adaptées aux nouvelles problématiques d'exclusion. Cela nous interroge sur la question de ce que la collectivité est prête à envisager pour répondre à ces défis. C'est d'ailleurs là l'un des enjeux du débat actuel sur la réforme de l'assurance maladie.

Force économique majeure au plan national, le secteur déploie son action tant dans le secteur public que dans le secteur privé, lucratif et non lucratif. Il se trouve confronté à la question de la continuité des soins et de l'action sociale, dans un contexte de pénuries installées et à venir et d'un risque latent de déqualification des personnels employés.

Face à cette double problématique, les pistes de réflexion approfondies dans le rapport ainsi que les solutions suggérées dans le présent avis apparaissent tout à la fois d'ordre économique, social, technique, réglementaire et contractuel. Elles visent, guidées par le souci constant d'anticiper et de gérer sur la durée les besoins de recrutement, de formation et de professionnalisation des salariés du secteur, à garantir à la fois la pérennité du système sanitaire et social et à permettre son adaptation et sa souplesse.

La mise en œuvre de ces mesures, ambitieuses mais concrètes et volontairement simples dans leur usage, passe par une prise de conscience générale, que les éléments de compréhension du rapport et de l'avis visent à favoriser.

Au-delà, il appartient aux acteurs concernés de construire les outils nécessaires pour s'accorder sur l'état des besoins quantitatifs et qualitatifs du secteur et de la société, préalable à l'indispensable matérialisation de la volonté conjointe des pouvoirs publics, d'une part, tant au plan national qu'au niveau territorial, et des interlocuteurs sociaux du secteur, d'autre part.

Deuxième partie
Déclarations des groupes

Groupe de l'agriculture

Le secteur sanitaire et social est un secteur très hétérogène qui nécessite d'être appréhendé dans sa globalité. Les liens que doivent entretenir les différents acteurs entre eux sont en effet essentiels, même s'ils ne sont pas suffisants pour répondre de manière satisfaisante aux besoins de la population.

L'avenir du secteur sanitaire et social repose en grande partie sur la coopération et le travail d'équipe. C'est là une condition majeure pour une prise en charge efficace des patients dont le nombre ira croissant avec le vieillissement de la population. Cette proposition est certes évoquée dans l'avis mais pas suffisamment développée. La formation et la professionnalisation doivent être organisées autour de l'apprentissage à travailler ensemble.

- En milieu rural, du fait de l'éloignement des personnes, le travail segmenté des professionnels médicaux d'un côté et des travailleurs sociaux d'un autre côté ne donne aucun résultat. Par contre, une intervention concertée et coordonnée des différents acteurs autour de la personne permet réellement de faire le lien entre le sanitaire et le social mais aussi entre le préventif et le curatif.

La Mutualité sociale agricole l'a bien compris, qui développe depuis plusieurs années une méthode d'action sociale visant à une meilleure coordination de tous les intervenants en tenant compte aussi de l'environnement de la personne. Elle s'appuie pour cela sur un réseau de 1 500 intervenants sociaux et d'une importante équipe de praticiens conseils.

La philosophie mutualiste, qui sous-tend cette action, s'appuie sur la solidarité, la responsabilisation, la promotion individuelle et collective plutôt que sur l'assistance et le versement de secours. Elle préconise une politique d'animation du milieu rural en faisant sienne la stratégie de développement social local.

La démarche de développement social territorialisée, c'est tout d'abord un état d'esprit. Elle fait des populations concernées des acteurs responsables de leur propre épanouissement individuel ou collectif. Elle est organisée dans le cadre d'un territoire homogène, de dimension humaine. Elle s'appuie sur une approche intersectorielle qui prend en compte toutes les dimensions de la vie locale.

Mais, il est évident que si une telle démarche suscite une adhésion massive des patients, qui apprécient la prise en charge globale dont ils bénéficient (le bilan des réseaux gérontologiques le prouve), sa réussite passe par l'adhésion des partenaires locaux : les organisations professionnelles, les associations, les groupes d'intérêts économiques, les bénévoles ...

- Une meilleure coordination du sanitaire et du social permettrait également de faire tomber des barrières parfois un peu trop étanches entre les champs de compétences des différents intervenants.

Pour illustrer ce point, prenons l'exemple de la toilette des personnes âgées lorsqu'elles demeurent chez elles. Acte sanitaire et acte social, la toilette peut être aussi un acte de prévention, quand elle permet de détecter une anomalie. Elle est encore l'occasion d'un soutien à la famille de la personne âgée. Nous sommes bien là à la frontière entre les soins infirmiers et l'aide à domicile.

Seule une démarche moins segmentée des interventions permet d'assurer une continuité dans la prise en charge sanitaire et sociale des personnes. Cela nous paraît essentiel et nous ne pouvons qu'avoir de grandes inquiétudes face au dispositif créant une caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, qui installera des frontières entre soins et dépendance mais aussi entre curatif et préventif.

Les évolutions attendues dans la formation et la professionnalisation des personnels du secteur sanitaire et social doivent donc avoir pour objectif de garantir une prise en charge globale des personnes. Cet objectif est source d'enrichissement du travail pour chacun des professionnels du secteur.

Groupe de l'artisanat

Au moment où de nombreux territoires se vident de professionnels alors que la demande de soins et d'accompagnement des personnes en situation de dépendance ne cesse de s'intensifier, il est urgent de s'interroger sur l'avenir du secteur sanitaire et social. La difficulté est de traiter des situations extrêmement diverses dont le lien commun est la relation humaine avec toutes ses exigences multiples et quelques fois ambiguës. C'est la raison pour laquelle le groupe de l'artisanat apprécie la démarche pragmatique et raisonnée de cet avis qui part du constat de l'existant à la satisfaction des besoins futurs, en passant par toute une série de mesures simples et concrètes dont les modes de financement sont prévus par optimisation et redéploiement des moyens.

Sur l'appréciation proprement dite du secteur, s'il est important de disposer, au niveau des branches, d'outils de gestion prévisionnelle des emplois, le groupe de l'artisanat émet des réserves quant à la création de deux nouveaux organismes : une Agence statistique et un Conseil d'analyse de l'emploi et de la formation, alors que la loi du 4 Mai 2004 sur la formation professionnelle vient de redéfinir les missions des observatoires dont il suffirait peut-être tout simplement d'en prévoir la coordination.

S'agissant de la gestion, l'idée de donner la priorité à la régularisation « des faisant-fonction » est intéressante à double titre. D'une part, elle offre la possibilité à ces personnels d'être reconnus de manière officielle et de pouvoir à terme bénéficier des avantages liés à leur fonction, d'autre part de pallier l'urgence des besoins de recrutement. Conscient de la nécessité que la

professionnalisation de ces personnels s'accompagne d'exigences de formations complémentaires nécessaires à la validation des diplômes, le groupe de l'artisanat estime que la « Reconnaissance de l'expérience et d'homologation des acquis professionnels » doit être revue dans le sens d'une réelle simplification de procédure.

En matière de formation : au-delà de l'intégration des nouvelles technologies dans les *cursus*, indispensable à l'actualisation des référentiels des métiers, il faut privilégier le rapprochement des diplômes européens et surtout l'organisation par modules pour faciliter la mise en place de passerelles entre les certifications et décloisonner les activités sanitaires et médico-sociales. Sur ce point, les efforts à faire doivent porter non seulement sur le rappel de la déontologie mais surtout sur une autre conception de l'accompagnement de ces personnels beaucoup trop isolés, dans l'exercice de plus en plus complexe de leur activité.

Compte tenu de l'importance des abandons de carrière dans ce secteur et de l'augmentation conséquente des besoins liés à l'évolution démographique, il faut effectivement agir vite et à plusieurs niveaux pour accroître l'attractivité de ces métiers. Cette attractivité passe dans un premier temps par la mobilisation des pouvoirs publics pour que la campagne de valorisation des métiers du sanitaire et du médico-social promise en 2003 voit effectivement le jour en 2004.

Par ailleurs, les partenaires sociaux doivent profiter de l'opportunité offerte par la relance des négociations sur la pénibilité du travail pour revoir particulièrement ce qui ne va pas dans ce secteur et contribuer surtout au développement d'une véritable démarche de progrès.

Sans vouloir s'immiscer dans ce débat, le groupe de l'artisanat tient à appuyer les lignes directrices de cet avis sur les rémunérations, le déroulement de carrière ou les aménagements d'horaires qui apporteront enfin à ces professionnels un confort de vie meilleur et par-là même assureront la pérennisation de ces emplois.

L'ensemble de ces voies souhaitables s'inscrivant dans le champ du possible délimité par les contraintes budgétaires, le groupe de l'artisanat a voté cet avis.

Groupe des associations

Le rapport approuvé par la section du travail représente une source impressionnante d'informations sur les métiers du secteur sanitaire et social, mais aussi sur les pénuries accumulées au cours du temps, et qui mettent en danger les populations.

Durant les travaux, l'écoute du rapporteur a été constante, et, nous lui en savons gré ; il a toujours fait en sorte que trouvent place dans ce rapport excellent les propositions non contradictoires et efficaces pour l'avenir (notre groupe n'a pas manqué d'en présenter).

Il est d'autant plus dommage que l'avis ne se soit pas attaché à traiter de l'ensemble du secteur sanitaire et social, et reste circonscrit aux seules professions médicales et sanitaires, et aux seuls salariés relevant de ces dernières.

Le champ sanitaire et social est très vaste. Bien entendu, les personnels soignants ont un rôle central (comme les personnels administratifs indispensables au bon fonctionnement des établissements). Cependant, le rapporteur le sait, le groupe des associations a voulu faire écho à l'expression du secteur de l'animation, porté par l'Union des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (UNIOPSS).

Car on sait que les organismes en charge, par exemple, d'enfants handicapés ou de personnes âgées, ont besoin d'animateurs compétents pour aider ces publics à la constitution de projets de vie. Il n'y pas si longtemps, le très beau film *La moindre des choses* nous a montré comment l'expression théâtrale pouvait maintenir une véritable intensité de vie pour des personnes handicapées mentales. Et aussi, samedi dernier 3 juillet, dans le magazine télévisé de *Les documents santé* diffusé par France 2, un reportage dans une maison de retraite : il faisait état en premier lieu des bienfaits de l'animation, insistant sur le rôle des emplois-jeunes ainsi professionnalisés.

Dès lors, l'avis pourrait apparaître comme réducteur, mais notre groupe n'entend remettre en question le choix du rapporteur et de la section ni sur son cadre ni sur les priorités affirmées à moyen et à long termes. Ainsi délimitées, les propositions de cet avis sont bonnes, et nous les approuvons.

Un point qui n'a pas été abordé pourrait sans doute faire l'objet d'une réflexion des différents intervenants. Il s'agit de l'usure des personnels dans certains métiers et certains établissements. Beaucoup passeraient volontiers dans une autre catégorie d'emploi ou de site. Ils ne le font pas pour ne pas perdre leur ancienneté. Dans de tels cas, la question de la continuité de carrière est posée.

L'application des propositions de l'avis constituerait une avancée importante, bien que partielle à nos yeux. L'avis a le mérite de se saisir de ce constat : l'offre de personnels qualifiés est insuffisante pour répondre aux besoins des populations. Ses éclairages et ses préconisations nous conviennent, même si nous aurions souhaité des considérations plus positives sur l'apport de la Validation des acquis de l'expérience (VAE).

Le texte a retenu l'importance pour ce secteur de plusieurs composantes de l'économie sociale (mutuelles, associations...) et ceci nous semble positif. Pour toutes ces raisons, et en dépit d'une certaine nostalgie de ce qui, volontairement, n'a pas été traité, notre groupe a voté l'avis.

Groupe de la CFDT

Le secteur sanitaire, social et médico-social est confronté à un double défi démographique. D'une part, dans les 10 années à venir, 25 % des professionnels partiront en retraite. D'autre part, durant cette même décennie, le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans devrait doubler, passant de 1,2 à 2,4 millions, avec pour conséquence une augmentation considérable du nombre de personnes dépendantes ayant besoin de soins.

Aux effets liés à cette pyramide des âges, on peut ajouter :

- des niveaux de qualification des personnels insuffisants au regard des besoins ;
- un manque d'attractivité manifeste pour travailler dans ces secteurs au regard des conditions de travail difficiles et des évolutions de carrières insuffisantes ;
- des politiques de formations initiales et continues qui ne sont pas à la hauteur des enjeux actuels de besoin d'emplois qualifiés et de réduction de la précarité.

Il y a donc urgence à anticiper un manque de main-d'œuvre qui pourrait prendre rapidement des proportions critiques, remettant en cause la qualité générale de notre système de soins.

L'avis préconise un certain nombre de propositions que la CFDT soutient telles que :

- la définition au niveau des branches des qualifications et des formations requises ;
- l'accroissement de l'offre de formations qualifiantes et les financements de la formation professionnelle initiale et continue pour faire face aux pénuries prévisibles de personnels qualifiés ;
- le développement des filières identifiées avec des passerelles possibles ;
- la poursuite du développement de l'apprentissage et la clarification des conditions de son financement.

La CFDT aurait souhaité que l'avis préconise une déclinaison régionale de l'engagement de développement de la formation (EDDF) afin de favoriser une prise en compte de la transversalité des besoins. En effet, la dimension régionale intègre mieux les réalités et les besoins des politiques territorialisées et des bassins d'emplois. Cette démarche doit s'articuler avec celle des schémas régionaux des formations sanitaires et sociales. Pour ce faire, la CFDT demande une gestion paritaire de ce dispositif entre les partenaires sociaux salariés et les employeurs.

La CFDT regrette que l'avis ne s'appuie pas plus clairement sur l'accord national interprofessionnel du 20 septembre 2003 et sur la loi du 4 mai 2004 relatifs à la formation professionnelle tout au long de la vie. Cette loi ouvre des perspectives sur lesquelles la CFDT entend conforter ses orientations, notamment sur :

- la mise en œuvre de la validation des acquis de l'expérience (VAE), opportunité pour faire face aux enjeux de formation. Encore faut-il travailler sérieusement sur les référentiels de métiers et de formation pour aboutir à la modularité des formations. La VAE contribuera à l'augmentation des professionnels qualifiés qui font actuellement défaut ;
- les observatoires de l'évolution des métiers : pour qu'il y ait adéquation entre les besoins des salariés, des établissements et services et l'offre de formation, chaque branche devra créer un observatoire prospectif des métiers et des qualifications et ceci dans un cadre paritaire.

Néanmoins, le rapport et l'avis dressent et préconisent des constats et orientations utiles.

La CFDT a voté l'avis.

Groupe de la CFE-CGC

C'est un sujet vaste et important. Devant les évolutions de notre société, il était primordial de rappeler que les professionnels du secteur social et de la santé vont être amenés à jouer un rôle socialement et économiquement déterminant.

Le groupe de la CFE-CGC partage le diagnostic formulé. Le groupe dénonce depuis de nombreuses années la pénurie de ce type de personnel, le manque d'anticipation dans les politiques de formation, en particulier les *numerus clausus*, l'inégalité de répartition sur le territoire et le déficit en attractivité du fait de la pénibilité de ces métiers et des contraintes qu'ils supposent sur la vie personnelle et familiale.

Nous partageons la majorité des préconisations de l'avis. Cependant, nous nous interrogeons sur le financement. La formation et la professionnalisation exigent des actions qui nécessitent des financements ambitieux et au moment où la volonté affichée des pouvoirs publics de maîtrise des dépenses est omniprésente, il est douteux que toutes les préconisations formulées dans l'avis puissent être financées.

Par ailleurs, nous estimons que certaines propositions doivent être plus particulièrement favorisées car répondant plus spécifiquement aux préoccupations des cadres.

Ainsi, faut-il concentrer les moyens sur les personnels sans qualification initiale, essentiellement les « faisant-fonction », ou ne faut-il pas privilégier plutôt les qualifications supérieures qui puissent « tirer vers le haut » les autres personnels en les « tutorant » lors d'un parcours de formation en alternance ?

Cette seconde hypothèse est la plus à même de créer des synergies à l'intérieur de l'entreprise en exploitant l'ensemble des dispositifs existants, comme la formation en alternance ou la validation des acquis de l'expérience qui a eu des résultats significatifs dans ce secteur dans les années soixante-dix. Cette démarche pourrait de nouveau être appliquée.

En outre, cette possibilité de mettre l'effort sur les niveaux supérieurs pour « les tirer vers le haut » a le mérite de favoriser, par le tutorat, la transmission des compétences et des savoir-faire. A ce propos, la CFE-CGC a toujours revendiqué la reconnaissance du tutorat dont les modalités pourraient être définies par accord de branche. Il est essentiel que le tuteur soit formé à sa mission et que sa charge de travail soit aménagée afin qu'il puisse former le tuteur en interne et échanger avec les formateurs externes.

Par ailleurs, le groupe de la CFE-CGC est très favorable à toute mesure visant à aménager les conditions de travail des salariés de ces secteurs pour une meilleure conciliation entre la vie professionnelle et la vie personnelle et familiale, ce qui permettrait également d'en améliorer l'attractivité, notamment pour les femmes qui constituent la majorité des effectifs.

La CFE-CGC s'investit dans toutes les actions qui visent à améliorer les conditions de travail.

Enfin, il faut favoriser l'implantation des médecins dans les zones démunies. Mais pour la CFE-CGC, nous rappelons que nous sommes réticents à toutes mesures coercitives.

Nous sommes favorables à de réelles mesures incitatives plus poussées que celles qui existent actuellement, afin que chaque malade dispose d'un égal accès à des soins de qualité.

Le groupe de la CFE-CGC a émis un vote positif.

Groupe de la CFTC

« Salaires anormalement bas, conditions de travail pénibles et incompatibles avec une vie familiale, formation insuffisante et souvent inadaptée, concurrence déloyale et inadmissible des organismes intérimaires, absence de politique sociale ». Ainsi s'exprimait le 28 juin 1973, au cours d'une audience au ministère, la fédération Santé-Sociaux de la CFTC.

Plus de trente ans après et malgré les réformes et nombreux accords signés, ces inquiétudes n'ont pas disparu. Pour le groupe de la CFTC, l'avis établit parfaitement le tableau des défis actuels lancés au secteur de l'action sanitaire et sociale et formule avec réalisme, sens de la mesure et conviction forte à la fois, les pistes d'action possibles.

Ces défis et les solutions qu'ils appellent sont à la fois ceux des chiffres et ceux du sens apporté par notre société à l'action des personnels concernés.

Les défis des chiffres et du nombre sont clairs : 1,6 million de salariés travaillent dans 31 000 établissements et services, publics et privés, souvent les premiers employeurs de nos villes et de nos bassins d'emploi.

Le besoin de recrutement, qu'ont illustré récemment les reportages médiatiques sur l'appel à d'autres personnels européens, nécessite de renforcer l'outil de prévision et d'analyse statistique de l'emploi salarié dans ce secteur. Le groupe de la CFTC souscrit clairement à cette demande de l'avis qui rejoint celui voté fin mai dernier « Aménagement du territoire et établissements de santé ».

La gestion des personnels, à court, moyen et long terme, appelle aussi un renforcement de l'esprit de prévision, que traduiront notamment le développement de la promotion interne, l'existence de réelles progressions de carrière et des actions de formation que l'avis souhaite plus adaptées et accessibles. Le groupe de la CFTC affirme son intérêt pour la validation des acquis de l'expérience, facteur de redynamisation de la promotion professionnelle. Il redit son attachement à un examen suivi de l'évolution des métiers et à la revalorisation des tâches. La négociation conventionnelle permettra, par de nouvelles avancées, de garantir les équilibres de vie au travail de personnels souvent durement sollicités.

Mais le recrutement, la formation et la professionnalisation des services du secteur sanitaire et social ne sont pas uniquement l'affaire des prévisions chiffrées et des moyens budgétaires.

Par-delà la confiance des personnels qu'il est nécessaire de rechercher - et l'avis le demande avec raison - c'est bien la confiance de notre pays pour lui-même qu'il s'agit de retrouver. Car le geste de l'infirmier, du médecin ou du personnel de service, n'est pas un geste de seule technique, il est un geste de reconnaissance. Un geste où le bien-portant reconnaît et soutient le malade, où le jeune reconnaît et assiste le vieillard. Un geste qui, renouvelé par millions, exprime la solidarité d'un pays pour ses membres, le respect d'un mode de vie où c'est le faible qui oblige le fort, où les devoirs que nous nous donnons de la vie à défendre mesurent notre ambition d'humanité.

Le groupe de la CFTC approuve les propos du rapporteur sur le besoin de refonder la valeur du travail des personnels concernés. Car dans cette refondation, c'est notre pays qui s'affirme à lui-même.

Le groupe de la CFTC a voté l'avis.

Groupe de la CGT

Le thème de ce projet d'avis est d'actualité et revêt pour la CGT une importance particulière. En effet, la question de la politique sanitaire en cours ou à venir par les réformes annoncées, reste posée. Ce texte complète et enrichit la doctrine du Conseil économique et social sur l'ensemble des questions de santé.

Aujourd'hui le mode de financement retenu, en se fondant sur un principe de standardisation des actes, ne s'oriente pas dans le bon sens. En effet, la Tarification à l'activité (T2A) va, de l'avis des professionnels, hypothéquer le nombre d'emplois finançables. L'expérience a démontré que chaque fois que les établissements ont rencontré des difficultés pour financer leurs besoins, des coupes claires ont été opérées sur les dépenses en personnel, fragilisant les services rendus aux usagers.

A trop ignorer une vision globale de la politique sanitaire, on applique des traitements homéopathiques, là où s'imposent des traitements de choc pour répondre aux besoins des populations.

Il n'est plus possible de connaître, à nouveau, des situations de pénurie aussi marquées que celles que nous connaissons depuis plusieurs années. La canicule de l'été dernier a dramatiquement mis en exergue les conséquences d'une telle carence.

L'avis démontre efficacement que cette situation n'est ni fatale ni obligatoire.

Il nous semble important de revenir sur trois aspects :

- d'abord, la pénurie de professionnels est vraiment une donnée forte du secteur. Elle entraîne de multiples situations anormales comme les « faisant-fonctions », les glissements de tâches, les dérogations à la réglementation... Il devient vraiment urgent de changer cette situation.

C'est d'autant plus important que ce sont justement ces personnels qui ont en charge l'accueil, l'accompagnement, le suivi de personnes en détresse, en souffrance, en difficultés.

Leur qualification est donc bien nécessaire, elle est aussi pour eux une protection et une garantie pour l'exercice professionnel. Le rapport montre que même si le phénomène n'est pas uniforme, il est réel et dans certaines zones il devient alarmant.

Une démarche très volontariste de formation de grande ampleur est nécessaire. L'avis le recommande et la CGT soutient totalement cette démarche, néanmoins, nous regrettons que cet avis ne se soit pas plus nettement engagé sur un niveau nécessaire et souhaitable d'ouverture des quotas et des formations.

- ensuite, il importe d'avoir un système qui fidélise et soit attractif pour les personnes en formation afin d'éviter un ratio temps de formation/durée d'activité disproportionné. Il est nécessaire que le temps de formation des stagiaires soit pleinement intégré dans les obligations des professionnels en poste et, soit de fait, reconnu dans la définition des postes et des charges de travail.

C'est un virage culturel important qu'il importe de franchir avec détermination.

- enfin, une démarche de formation suivie et cohérente dans la durée suppose, selon la CGT, la création d'outils méthodologiques et de statistiques fiables. Il faut arrêter avec les remises en cause régulières des choix de formation.

Pour la CGT, la mise en place rapide des réunions avec l'ensemble des acteurs de terrain est nécessaire. En effet, nous pensons que les pouvoirs publics, les employeurs mais aussi ces acteurs de terrain vont devoir s'interroger, et trouver des solutions à l'articulation entre la situation actuelle et la mise en place des modifications liées aux recommandations. Cette articulation va devenir une des clefs de la crédibilité du rapport et de l'avis émis par notre assemblée. Elle ne peut s'affranchir des approches avancées par les partenaires sociaux.

Le groupe de la CGT a adopté l'avis

Groupe de la coopération

L'avis dresse un constat d'urgence sur la capacité du secteur sanitaire et social à faire face aux besoins de notre population dans les années à venir. Les demandes sociales concernant la prise en charge des personnes des plus jeunes aux plus âgées se sont en effet accrues et diversifiées ; elles sont liées à des causes aussi variées que le vieillissement démographique, la généralisation du travail des femmes, la transformation des modèles familiaux, la diversification des populations marginalisées, etc.

L'avis souligne le risque de « pénurie » de personnels et met en évidence les conséquences d'une politique restrictive de l'offre, et d'une absence de véritable politique prévisionnelle des ressources humaines, dans un secteur particulièrement complexe. Cette situation va être aggravée par les nombreux départs à la retraite dans les années à venir. Le bilan quantitatif doit être affiné car les situations semblent très différentes selon les métiers, les branches d'activités et les territoires. Le nord du pays et les zones rurales, en général, sont particulièrement affectés. La question territoriale est d'autant plus importante que la nouvelle étape de la décentralisation confie aux régions la politique de formation des travailleurs sociaux. L'aspect qualitatif de l'offre des prestations est également préoccupant avec la généralisation des recours à des « faisant fonction », à des emplois-aidés, ou à des travailleurs étrangers, qui n'ont souvent ni la qualification ni le diplôme requis, et ne peuvent bénéficier des mêmes conditions de rémunération et de carrière.

La perte d'attractivité de ce secteur est perceptible dans les choix d'orientation, les abandons en cours de formation, le fait de ne pas exercer son métier pour des personnes diplômées, soit 50 000 infirmiers, la démotivation des personnels en place. Cette crise des vocations et ce phénomène d'usure renvoient à des aspirations légitimes à mieux concilier vie professionnelle et familiale, ainsi qu'à un déficit d'image auquel il est urgent de remédier. Cela passe certes par des campagnes de communication mais surtout par une réelle amélioration des conditions et des organisations du travail pour ces salariés.

L'avis met bien en lumière le caractère particulièrement délicat des questions de la formation et de la professionnalisation dans des métiers qui, outre des compétences techniques de plus en plus pointues, en appellent aux qualités humaines des salariés et au sens de l'engagement au service des autres. Cela dépasse le champ classique de la formation et peut appeler à des politiques spécifiques. L'accord national interprofessionnel du 20 septembre 2003 sur la formation tout au long de la vie suivi de la loi du 4 mai dernier viennent fort à propos. La concrétisation de la « formation tout au long de la vie », le développement de la fonction tutorale et la mise en place du mécanisme de validation des acquis d'expérience peuvent contribuer à apporter des réponses.

Le groupe de la coopération qui appartient à la famille de l'économie sociale considère que le champ de la saisine aurait gagné à être ouvert aux services d'accueil non médicalisés, par exemple les maisons de retraite ou certaines missions d'insertion sociale, qui exercent des fonctions essentielles de lien social, d'accueil, d'animation, et d'insertion des personnes. Le rapport rappelle à juste titre que les associations et les mutuelles ont été précurseurs dans la mise en place du principe de solidarité pour l'accueil des personnes et qu'elles demeurent des « partenaires indispensables » dans l'évolution du secteur sanitaire et social.

Groupe des entreprises privées

Nous félicitons le rapporteur pour le travail utile et fouillé qu'il a produit sur un sujet grave, fondamental, qui touche à la santé, au bien-être, à la souffrance, à la solidarité et à la cohésion sociale.

On ne peut cacher qu'au départ nos points de vue étaient divergents, car les problèmes de financement étaient totalement passés sous silence. Aucune référence n'était faite au débat qui se trouve au cœur de l'actualité sur le déficit abyssal de l'assurance maladie, la charge financière que supporteront les générations futures et la réforme en cours de discussion au Parlement.

Nous avons également eu une controverse qui illustre bien notre différence dans l'approche du sujet. Il s'agissait du traitement des pénuries de main-d'œuvre. Pour nous, il est clair, en effet, qu'il convient avant tout de rechercher les moyens disponibles et de les utiliser au mieux avant d'engager de nouvelles dépenses.

En fait, derrière la question des pénuries, il y a celle de la répartition des moyens. Sur ce point, la formation et la professionnalisation sont des éléments essentiels de réponse, et nous partageons vos propositions, de même que vos préconisations concernant la nécessité d'une politique active de promotion de personnels.

A cet égard, on ne peut que souscrire au souhait émis dans l'avis de redynamiser la négociation conventionnelle, notamment en ce qui concerne la pénibilité. Nous apprécions que le présent avis privilégie, au rang des compensations, l'aménagement des horaires et des carrières - et non plus leur réduction - tant il est vrai que, sur ce plan, nous sommes allés au-delà du raisonnable comme le montre le faible taux d'activité des seniors.

L'avis pointe le meilleur confort, la qualité de vie des salariés concernés : c'est fort légitime mais nous sommes quand même surpris que ne soit pas évoquée ici la qualité du service rendu au malade qui doit aussi être une préoccupation majeure lorsqu'on procède à des aménagements d'horaire.

Enfin, nous considérons que l'avis ne souligne pas avec suffisamment de force le véritable défi auquel sont confrontées les sociétés modernes qui bénéficient d'un formidable progrès en matière d'allongement de la durée de vie.

Comment faire face à des besoins grandissants avec des moyens qui sont limités ? Comment parvenir à un niveau de qualité supérieur de prestations offertes sans augmentation des sommes consacrées à la protection sociale ? L'examen approfondi de cette question essentielle pour notre avenir reste à faire, et est d'ailleurs au cœur de la Réforme de la sécurité sociale actuellement en débat.

Le groupe des entreprises privées a voté favorablement cet avis.

Groupe de la mutualité

L'intervention humaine dans l'offre de services du secteur sanitaire et social, n'est pas assez valorisée dans les sociétés modernes. Elle exige pourtant des qualifications techniques importantes, des qualités humaines et morales exceptionnelles, auxquelles s'ajoute bien souvent, dans tous les métiers de ce secteur, un facteur primordial de dévouement personnel. C'est pourquoi l'attractivité des métiers du sanitaire et du social par rapport aux autres secteurs doit faire l'objet d'une réflexion globale et constituer un enjeu prioritaire dans une politique centrée sur la cohésion sociale, dont la première bénéficiaire serait d'ailleurs l'économie française.

La reconnaissance sociale n'est pas à la hauteur de cette accumulation de qualités exigées, ce qui explique pour une large part l'insuffisance actuelle de la demande de travail par rapport au nombre de postes offerts. Cet écart crée une pénurie dont la société prendra une conscience d'autant plus aiguë qu'elle exprime des besoins de plus en plus nombreux. Cette pénurie se trouve encore aggravée par la dispersion - due à la grande diversité des métiers - des besoins en

personnel exprimés, en outre, par de multiples partenaires institutionnels. C'est pourquoi un accent particulier doit être mis sur la simplification des dispositifs, la réduction de la segmentation des financements et des prises en charge, sur la clarification des partenaires du public et du privé, et sur le partage harmonisé des collaborations entre les champs du sanitaire, du social et du médico-social. Cette transformation des mentalités peut survenir rapidement si une volonté politique s'exprime avec force. Elle passe par l'organisation de concertations nationales et locales des partenaires employeurs, pour mieux gérer collectivement les priorités d'emplois et de formation de l'ensemble du secteur. Outre que de telles concertations préfigureraient la mise en place d'une gestion prévisionnelle globale des emplois, la concurrence artificielle s'en trouverait réduite, la solidarité accrue et l'efficacité décuplée. Le projet d'avis aurait pu insister davantage sur cette nécessité de concertation globale.

En matière de formation, le projet d'avis insiste sur la professionnalisation, qui passe par une formation continue et « pointue », sur la construction progressive de parcours individuels par l'articulation de modules de formation adaptés aux personnes, ou encore sur l'intégration des qualifications dans le nouveau dispositif européen et la détermination des conditions d'équivalence des diplômes au plan européen. Nulle part ailleurs, la formation « en situation » n'est plus indispensable. C'est pourquoi, le groupe de la mutualité approuve particulièrement les propositions qui encouragent l'acquisition des savoirs et leur validation par toutes les formes d'alternance, stages, tutorats, apprentissages etc.

L'outil informatique peut apporter des solutions efficaces à certains problèmes particuliers de formation à la prévention : ainsi en est-il du programme de formation sur internet portant sur les risques d'infections nosocomiales, destiné aux établissements pour personnes âgées, qu'expérimente la mutualité. Beaucoup d'autres expérimentations, dans des entreprises de l'économie sociale, pourraient faire l'objet de généralisations dans le cadre d'une politique active de santé publique.

Le groupe de la mutualité a approuvé cet avis.

Groupe des personnalités qualifiées

M. Debout : « Monsieur le rapporteur, je voudrais vous dire mon plein accord et vous féliciter. Je suis convaincu que votre rapport et votre avis feront référence pour celles et ceux qui travaillent dans le champ de l'action sanitaire et sociale. Mon propos sera donc court. Je veux faire simplement deux remarques et apporter une réflexion d'ordre général.

Première remarque : Comment en est-on arrivé à la situation actuelle ? Comment expliquer le manque d'infirmiers, de personnel soignant ou de médecins dans certaines régions ? Ce constat réaliste et affligeant est-il dû à l'imprévoyance, au manque de prévisions ? Faut-il en chercher la cause ailleurs, mais alors où ?

Ma conviction est que depuis plus de trente ans, sans accuser telle politique ou telle autre car elles se sont suivies et largement ressemblées, on a pratiqué une politique de restriction de l'offre en matière sanitaire et sociale. On pensait ainsi limiter les dépenses, qui pourtant ont explosé, tandis que l'on créait une grave pénurie de personnel. Cette politique de restriction de l'offre a donc été un échec sur les deux tableaux et vous avez raison de proposer de s'engager avec volonté dans une politique de prévision de l'offre.

Deuxième remarque : l'attractivité ne peut exister qu'à travers la reconnaissance et le respect des métiers du champ sanitaire et social. Il faut par exemple travailler pour améliorer l'image des salariés qui s'occupent des personnes âgées et des handicapés, sans perdre de vue que le respect qu'on leur doit passe aussi par celui qui est dû à la personne âgée ou handicapée.

En terminant, je voudrais élargir mon propos. Je souhaite, si vous le permettez, puisque nous sommes en fin de mandature dire qu'il semble que la France ait perdu son ardeur planificatrice.

Dans le même temps, un principe devient constitutionnel, en tout cas c'est la volonté du Président de la République, et il a raison, le principe de précaution. D'une certaine façon, ce principe est un principe de prudence, c'est nous dire ce qu'il ne faut pas faire. Ajoutons, avec la même volonté à ce principe de précaution, un principe de prévision qui nous dirait ce qu'il faut faire. Que finalement la France avance deux principes ! C'est comme cela qu'elle saura répondre aux défis des temps qui viennent.

Vous l'avez compris, monsieur le rapporteur, je voterai votre avis.»

Groupe des professions libérales

Le secteur sanitaire et social est placé devant d'importantes difficultés de recrutement, des carrières souvent écourtées en raison des conditions de travail, de la faiblesse des rémunérations et du manque de perspectives, plus généralement du manque d'attractivité de ces métiers. Ce secteur manque de professionnels diplômés aussi bien en ce qui concerne le secteur public que le secteur privé. Il faut rappeler les impérities des différents gouvernements qui n'ont pas abordé avec lucidité les besoins en professionnels médico-sociaux. A certaines périodes, on a formé en très grand nombre, à d'autres, pour limiter les dépenses de santé, on a procédé à des réductions drastiques du nombre d'étudiants et mis à la retraite anticipée beaucoup de personnels et de praticiens. Et puis, en appliquant trop vite la RTT, on n'a pas tenu compte du temps nécessaire de formation pour pallier les besoins.

Aussi ces dernières années, dans le but de répondre à des besoins urgents, s'est révélé le glissement du modèle de la qualification – basée jusque-là sur la formation initiale et le diplôme – vers un modèle des compétences – privilégiant la reconnaissance des aptitudes et des expériences individuelles acquises.

Même en tenant compte des énormes besoins existants, il faut veiller à ne pas trop multiplier les « faisant-fonctions ». Le rapporteur a pris la précaution de demander leur régularisation, en les formant, en leur permettant d'atteindre un niveau de certification reconnu par un diplôme national. Mais pourra-t-on, pour autant, leur donner l'ensemble des droits et devoirs réservés jusque-là aux professionnels ayant suivi un cursus de formation classique et pour la plupart un temps universitaire ? Car si le diplôme n'apporte pas une totale garantie de compétence, il assure une garantie de connaissances de base, assortie de responsabilité civile. Pour le groupe des professions libérales, c'est essentiel !

Sans doute faut-il réexaminer les cursus de formation de manière à les adapter aux besoins actuels et futurs. Sans doute faut-il revoir de meilleures définitions de délégations de tâches et des extensions de capacités professionnelles. Il faut répondre aux évolutions sociales et sociétales.

Les besoins massifs de personnels qualifiés qui se profilent à l'horizon des quinze prochaines années représentent un grand défi. Il faut donc orienter les jeunes dès leur cursus scolaire vers ces métiers en offrant des carrières intéressantes et suffisamment rémunérées.

Si nous devons pallier les besoins croissants dus notamment à l'allongement du temps de la vie, ce sera par une formation accélérée et continue de personnels qui, bien que n'ayant pas eu une formation de base, seront à même d'assumer ces fonctions. Mais cela doit résulter de mesures conjoncturelles et ponctuelles.

A l'époque du principe de précaution, il ne faut pas produire des sous-produits de la médecine. Nous devons, dès à présent, mettre en place une formation à long terme de vrais professionnels.

Créer des emplois mal cernés ou mal encadrés pourraient ouvrir la porte à des effets pervers. Le procès d'Outreau en donne un exemple remarquable, procès au cours duquel on voit un psychologue clinicien s'attribuer le titre autoproclamé de victimologue, aboutissant à des prestations dont on peut constater la dangerosité. Les professions de santé sont confrontées à de nombreux exercices illégaux : en conséquence, ouvrir la capacité professionnelle doit s'accompagner d'un strict contrôle des compétences dans l'intérêt primordial du patient, de l'utilisateur de santé.

Le groupe des professions libérales félicite le rapporteur pour son brillant travail pour lequel il avait au départ quelques craintes, estimant que la formation des salariés du secteur sanitaire et social était concurrente et non concurrente de celle des professions de santé du secteur libéral et privé. Le groupe a ressenti, dans le rapport et l'avis, ce besoin de quitter du mieux possible la dichotomie entre le privé et le public dans l'intérêt même de l'ensemble de la population.

Le groupe des professions libérales a donc voté l'avis.

Groupe de l'UNAF

Le groupe de l'UNAF remercie le rapporteur, notre collègue Michel Pinaud, d'avoir traité une question très importante pour le secteur sanitaire et social. L'avis donne des pistes permettant d'offrir des perspectives d'avenir à toutes les personnes dont le métier est d'accompagner, soigner, aider, redonner de l'espoir aux « blessés de la vie », les personnes âgées, malades ou handicapées, mais aussi les oubliés du progrès social, les laissés pour compte de notre société.

Ce secteur, très différent des autres secteurs de la vie économique du pays, nécessite une redynamisation du recrutement et de la formation des professionnels pour assurer une prise en charge de qualité des besoins de la population, garantissant le respect du patient, de l'utilisateur et de son environnement. Pour cela, une formation qualifiante et diplômante est indispensable. Le groupe de l'UNAF souscrit à la proposition de l'avis visant à mettre en place des programmes de formations d'envergure dans le but de faire disparaître, d'ici 2010, tous les postes de « faisant fonction » et en leur permettant d'acquérir les diplômes prévus par le mécanisme de la validation des acquis de l'expérience. Pour les embauches futures, l'employeur devra s'engager à prévoir un projet de formation adéquate dans l'année qui suit le recrutement des personnes qui ne seraient pas en possession d'un diplôme.

De même, le groupe de l'UNAF soutient la recommandation de l'avis de création d'une agence nationale statistique de l'emploi et de la formation, alimentée par les observatoires déjà présents dans de nombreuses branches du secteur sanitaire et social.

Le groupe de l'UNAF souhaite insister sur la mise en place d'une politique de communication afin d'attirer les jeunes vers les métiers du secteur sanitaire et social qui ont perdu une grande partie de leur attractivité. Une campagne devrait être organisée sur le long terme par les pouvoirs publics dans tous les médias, y compris la télévision.

Cette information est d'autant plus importante qu'elle permettra aux jeunes de mieux choisir leur orientation scolaire. En effet, l'UNAF demande depuis plusieurs années, qu'une réforme de l'orientation des jeunes soit mise en place. Il est nécessaire d'organiser la rencontre des jeunes et de leurs parents avec tous les acteurs économiques du pays (entreprises, services publics, associations, chercheurs, écoles, centres de formation...). De cette confrontation entre les aspirations des jeunes et les présentations des différents métiers, avec la possibilité de visites et de stages, naîtront plus facilement des vocations, en particulier en direction du secteur sanitaire et social.

Reconnaissant que l'avis propose des orientations novatrices pour ce secteur, le groupe de l'UNAF a exprimé un vote positif.

Groupe de l'UNSA

En section, il a été décidé de ne pas lier le débat avec le projet de réforme de l'assurance maladie et de s'en tenir à l'objet de la saisine *stricto sensu*. Cependant, il semble difficile de ne pas lier les deux, car le recrutement, la formation et la professionnalisation du secteur sanitaire et social sont concernés par cette réforme.

Aujourd'hui, la santé a non seulement un prix, mais c'est un problème national dont personne ne peut imaginer qu'il se règlera par une baisse de la qualité de soins, des prestations médicales, sanitaires et sociales.

Un Etat doit à ses citoyens la sécurité, la santé, l'éducation, entre autres droits, mais ceux-ci sont fondamentaux et leurs budgets majeurs.

Aussi, ce qui revient à la santé doit appartenir à la santé sur le plan financier en particulier. Les trous budgétaires, les dépassements budgétaires doivent être comblés. Les citoyens doivent choisir les priorités en sachant quelles sont les situations véritables des différents budgets de la Nation.

La santé, le système de santé, les professions des secteurs sanitaires et sociaux sont primordiaux, et les hommes et les femmes qui exercent ces professions doivent retenir l'attention de tous pour non seulement bien les former, bien les payer, leur donner l'envie non seulement de choisir ces métiers mais d'y rester avec des perspectives d'évolution de carrière. Ils méritent la reconnaissance, l'estime et le respect de tous.

La France est vieillissante ; aujourd'hui, nous ne sommes pas équipés pour répondre aux besoins des 6 millions de personnes qui demandent à bien vivre leur âge. Qu'en sera-t-il lorsqu'elles seront 10 millions ?

La politique menée depuis des années en matière de recrutement est celle du « stop an go » et le stop semble l'emporter sur le go depuis trop longtemps. Former un médecin, c'est au minimum six ans d'études et le double pour un spécialiste. L'évolution du *numerus clausus* ne se fait ressentir qu'au bout de nombreuses années.

Le renouvellement des salariés, suite au départ des baby-boomers, va créer, dans ces secteurs, plus de 1 million d'emplois d'ici 2010. Ces emplois doivent être pensés dès maintenant, les moyens de formation accrus, les salaires augmentés pour les nouveaux entrants qui coûteront moins cher que les partants. La professionnalisation doit être assurée dans l'intérêt de tous, professionnels et bénéficiaires des prestations médicales, sanitaires et sociales.

Les 35 heures, sans création d'emploi, sont lourdes à gérer dans le quotidien. Leur remise en cause déclencherà des abus en heures de travail qui non seulement porteront atteinte aux conditions de travail des professionnels, mais les inciteront à changer de métier. Les candidats à ces professions seront découragés.

Un système de santé et un secteur social qui assurent à tous l'égalité en matière de soins et de prise en charge sont essentiels pour la cohésion sociale. On

ne peut parler de solidarité et de valeurs républicaines et ne pas prendre en compte le présent et l'avenir de millions de personnes, les malades, les handicapés, les personnes âgées. Leur devenir au sein de la société passe par un secteur sanitaire et social efficace et de qualité avec des professionnels bien formés, bien rémunérés, travaillant dans de bonnes conditions.

L'avis donne des pistes aux responsables politiques : les suivront-ils dans l'intérêt général?

L'UNSA a voté l'avis.

ANNEXE A L'AVIS

SCRUTIN

Scrutin sur l'ensemble du projet d'avis

Nombre de votants.....185

Ont voté pour.....185

Le Conseil économique et social a adopté.

Ont voté pour : 185

Groupe de l'agriculture - MM. Baligand, Bastian, de Beaumesnil, de Benoist, Boisson, Bros, Mme Cornier, MM. Dupuy, Ferré, Girardi, Giroud, Mme Gros, MM. Guyau, Le Fur, Lemétayer, Marteau, Mme Méhaiguerie, MM. Pinta, Rousseau, Salmon, Schaeffer, Szydowski, Thévenot, Vasseur.

Groupe de l'artisanat - M. Arianer, Mme Bourdeaux, MM. Buguet, Delmas, Gilles, Lardin, Perrin, Teilleux.

Groupe des associations - MM. Bastide, Coursin, Gevrey, Mmes Mengin, Mitrani.

Groupe de la CFDT - Mmes Azéma, Blassel, MM. Boulrier, Bury, Denizard, Heyman, Mme Lasnier, M. Lorthiois, Mme Lugnier, MM. Mennecier, Moussy, Mmes Paulet, Pichenot, MM. Quintreau, Rousseau-Joguet, Toulisse, Vandeweege.

Groupe de la CFE-CGC - MM. Bonissol, Chaffin, Fournier, t'Kint de Roodenbeke, Sappa, Mme Viguié, M. Walter.

Groupe de la CFTC - MM. Deleu, Naulin, Picard, Mmes Prud'homme, Simon, M. Vivier.

Groupe de la CGT - M. Alezard, Mmes Bressol, Crosemarie, MM. Decisier, Delmas, Forette, Mme Geng, MM. Larose, Manjon, Mansouri-Guilani, Masson, Muller, Rozet.

Groupe de la CGT-FO - MM. Bailleul, Bellot, Mme Biaggi, MM. Bilquez, Bouchet, Devy, Dossetto, Gamblin, Mme Hofman, M. Houpp, Mme Monrique, M. Pinaud, Mme Pungier, M. Reynaud, Mme Videlaïne.

Groupe de la coopération - Mme Attar, MM. Ducrotté, Fosseppez, Gautier, Grave, Marquet, Prugue, Segouin, Verdier.

Groupe des entreprises privées - MM. Boisson, Cerruti, Chesnaud, Franck, Freidel, Gauthier, Ghigonis, Gorse, Lebrun, Leenhardt, Marcon, Noury, Pellat-Finet, Pinet, Roubaud, Scherrer, Pierre Simon, Didier Simond, Talmier, Tardy, Trépant, Veysset.

Groupe des entreprises publiques – MM. Ailleret, Mme Bouzitat, MM. Brunel, Chauvineau, Mme Cotta, MM. Gadonneix, Martinand, Vial.

Groupe des Français établis hors de France, de l'épargne et du logement - MM. Cariot, Dehaine, Gérard, Mme Rastoll.

Groupe de la mutualité - MM. Caniard, Chauvet, Davant.

Groupe de l'outre-mer - MM. Aboubacar, Fabien, Frébault, Mmes Jaubert, Mélisse.

Groupe des personnalités qualifiées - MM. Bennahmias, Bichat, Bonnet, Mmes Braun-Hemmet, Brunet-Léchenault, MM. Debout, Dechartre, Duharcourt, Mme Elgey, M. Fiterman, Mmes Franck, Guilhem, M. Jeantet, Mme Lindeperg, MM. Maffioli, Motroni, Pasty, Piazza-Alessandrini, Robert, Roussin, Souchon, Teulade, Mme Wiewiorka.

Groupe des professions libérales - MM. Chambonnaud, Robert, Salustro.

Groupe de l'UNAF - MM. Billet, Bouis, Brin, Edouard, Guimet, Laune, Mmes Lebatard, Marcihacy, Petit, M. de Viguerie.

Groupe de l'UNSA - MM. Barbarant, Martin-Chauffier, Masanet.

RAPPORT

**présenté au nom de la section du travail
par M. Michel Pinaud, rapporteur**

Le 13 janvier 2004, le Bureau du Conseil économique et social a confié à la section du travail la préparation d'un rapport et d'un projet d'avis sur « *Le recrutement, la formation et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social* ».

La section a désigné M. Michel Pinaud comme rapporteur.

*
* *

En vue de parfaire son information, la section a successivement entendu :

- D^r Patrick Pelloux, président de l'Association des médecins urgentistes hospitaliers de France ;
- Gérard Joubert, directeur de maison de retraite, association des directeurs d'établissements d'hébergements pour personnes âgées ;
- D^r Pierre Rivière, médecin psychiatre ;
- Didier Tronche, directeur du Syndicat national des associations pour la sauvegarde de l'enfant à l'adulte (SNASEA), membre de la commission paritaire nationale de l'emploi du secteur sanitaire et social
- Roger Rohart, délégué CFDT, membre de la commission paritaire nationale de l'emploi du secteur sanitaire et social ;
- Marie-Christine Burnier, directrice de l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier, accompagnée de Anne Dardel, responsable des dispositifs de formation ;
- Elisabeth Javelaud, directrice de l'Association française des organismes de formation et de recherche en travail social (AFORTS), accompagnée de Laurent Gaud, trésorier de l'AFORTS ;
- Gilbert Abergel, directeur délégué à la direction des établissements et de formation de la Croix-Rouge Française ;
- Elisabeth Tollu-Eyssautier, directrice de la Formation hospitalière et médico-sociale privée (FORMAHP) ;
- Jean-Jacques Trégoat, directeur général de l'action sociale au ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité, accompagné de Raymonde Michel, chef du bureau des professions sociales et du travail social et d'Isabelle Kittel ;
- Edouard Couty, directeur général de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ;
- Philippe Rutten, directeur de l'Ecole nationale d'application des cadres territoriaux d'Angers (ENAC), accompagné de Laurent Sochard, responsable de formation du pôle de compétences social ;
- Pierrette Cotard, membre du bureau national de l'UNSA ;

- Nadine Prigent, secrétaire générale de la fédération santé et action sociale CGT ;
- Symphorien Atangana, conseiller à la formation professionnelle, FFASS CFE-CGC, accompagné d'Anne-Marie Balgairies ;
- Denis Lavat, secrétaire général adjoint CFTC santé-sociaux ;
- Chantal Faugier-Seuret, responsable nationale des cadres paramédicaux CGT-FO ;
- Michel Le Diréach, chargé de mission fédération nationale des syndicats des services de santé et services sociaux CFDT
- Georges Riffard, Union des fédérations et syndicats nationaux d'employeurs sans but lucratif du secteur sanitaire, médico-social et social (UNIFED) ;
- Serge Bernard, Fédération hospitalière de France.

*
* *
*

Le rapporteur a, par ailleurs, rencontré plusieurs personnalités qui ont bien voulu lui faire part de leurs réflexions sur ce sujet.

La section et son rapporteur tiennent à exprimer à tous leurs remerciements pour leur apport aux travaux.

INTRODUCTION

Le rapport *Santé dans le monde en 2000* de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) désigne la France comme le meilleur système de santé au monde, de nature à permettre de parvenir au « *meilleur niveau de santé possible* » et de « *réduire au minimum les écarts entre les individus et entre les groupes* ».

La population française se montre traditionnellement fortement attachée à son système de santé. Soucieuse de cohésion sociale, elle s'est également appropriée l'action médico-sociale et sociale en faveur des populations vulnérables. La France s'illustre, en outre, par la particularité du fonctionnement de son système, où santé et solidarité coexistent au service d'une même vocation de prise en charge sanitaire et sociale des personnes en difficultés. Le niveau et la qualité de cette prise en charge représentent, de l'avis général, l'un des atouts notables de notre pays. Agissant en faveur de notre bien-être et formant au quotidien l'expression collective de notre solidarité, le secteur constitue par ailleurs une force économique majeure.

Une perspective historique nous conduit à observer que notre pays s'inscrit dans une démarche de maintien et de recherche continue d'amélioration du système, tant dans le niveau et la qualité des prestations offertes que dans leur accès. A cet égard, toute dégradation de la qualité des soins ou de la prise en charge sociale serait vécue comme une régression difficilement acceptée par la population. Dans le contexte actuel, il devient donc nécessaire de répondre aux attentes légitimes et aux besoins exprimés par la population, en prenant en considération les importantes évolutions en cours et à venir, notamment d'ordre démographique.

Le constat est en effet celui d'une montée en charge croissante des besoins sociaux et de santé, principalement liés aux évolutions démographiques (vieillesse de la population, augmentation de l'espérance de vie...) et sociétales (progression de la demande sociale, transformations des modes de vie familiaux...). A titre d'exemple, les personnes de 65 ans et plus, importants bénéficiaires de prestations sociales et de santé, qui représentaient 16 % de la population en 2000, représenteront 20,9 % de la population en 2020 et 28 % en 2040². Au regard de ces évolutions déjà amorcées, il apparaît essentiel d'envisager dès aujourd'hui cette question pour assurer la continuité des soins et une intervention sociale de qualité dans notre pays.

Dans ce contexte, les professionnels du secteur social et de la santé, directement confrontés aux évolutions comme principaux artisans de l'offre sanitaire et sociale, vont être conduits à jouer un rôle déterminant, économiquement et socialement. Il semble dès lors nécessaire de s'interroger sur la capacité actuelle et à venir de ces professionnels à pouvoir assurer cette montée en charge et à répondre à l'évolution des besoins, et ce, au regard de

² *Projections de la population à l'horizon 2050*, INSEE Premières, mars 2001.

leurs effectifs, du niveau et du contenu de leur formation. Cette réflexion s'avère d'autant plus indispensable que les mutations en cours font apparaître de nouveaux contextes de travail et favorisent l'apparition de nouvelles pratiques professionnelles ; celles-ci viennent s'ajouter à des mutations internes au secteur, liées notamment aux évolutions du contexte d'intervention, des techniques, des missions et des compétences. La prochaine régionalisation du dispositif de formation professionnelle des métiers sociaux et para-médicaux, ainsi que la loi relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social, vont introduire de nouvelles sources de changements, contribuant au processus de mutation en cours.

L'action sanitaire et sociale constitue un vaste champ qui recouvre de nombreuses missions, fédère une multitude d'acteurs et de professionnels, et qui regroupe également différents lieux d'emploi ainsi que de nombreux établissements et services de statuts juridiques différents. Ce foisonnement illustre la richesse et la diversité du système mais porte aussi la marque de son étendue et de sa complexité. Pour cette raison, il est apparu nécessaire de prendre le temps de centrer l'étude et de marquer les limites du présent travail. L'encadrement de la loi de réforme hospitalière de 1991 et de celle de 2002 rénovant la loi de 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, constitueront notre champ d'analyse. Ce rapport, qui se veut ancré dans les problématiques propres à l'ensemble du système d'action sanitaire et sociale, portera plus particulièrement sur les salariés du secteur sanitaire et social, entendant les seuls établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

L'ambition de ce rapport ne saurait être d'appréhender l'ensemble des enjeux de notre système social et de santé, tant ils apparaissent multiples et variés, et placés par ailleurs dans l'actualité immédiate du débat public. Plus modestement sans doute, mais également plus précisément, il s'agit de centrer la réflexion sur l'analyse des enjeux liés aux questions de recrutement, de formation et de professionnalisation. La définition et l'orientation des politiques sociales et de santé, le financement du système, l'adaptation des actions aux territoires, etc... constituent en effet autant de légitimes interrogations, méritant à ce titre un traitement à part entière. Ces différents thèmes pourront être abordés à l'occasion de l'analyse, mais ne pourront pour autant faire l'objet d'une étude approfondie.

L'objectif de ce rapport sera dans un premier temps de contribuer à dresser un état des lieux du secteur sanitaire et social tel qu'il apparaît aujourd'hui, dans le périmètre qui vient d'être précisé, à travers ses finalités et moyens, ses établissements et services ainsi que ses professionnels. Il cherchera dans un deuxième temps à présenter les enjeux actuels et à venir auxquels est confronté le secteur. Il s'attachera enfin à analyser les besoins directement liés au recrutement, à la formation ainsi qu'à la professionnalisation des salariés du secteur.

CHAPITRE I

LE SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL

I - PRÉSENTATION DU SECTEUR

A - LES FONDEMENTS

Aujourd'hui, l'environnement sanitaire et social fait partie de notre quotidien. Il nous est évident de savoir qu'à tout moment nous pouvons nous tourner en cas de besoin vers une structure de santé ou médico-sociale et avoir accès à un système de prise en charge de qualité. Ce qui nous paraît désormais naturel aujourd'hui, ce que nous considérons comme un droit acquis, est le fruit d'une construction de l'histoire, fondée sur un principe de solidarité. A cet égard, il n'est pas inutile de faire un rapide retour en arrière, lorsque hôpital rimait avec ordre public, hébergement et assistance, pour mieux mesurer, à l'aune de l'histoire, l'intérêt, la richesse, la nécessité de tout un système sanitaire et social qui répond aux besoins et aspirations de notre société en ce qui concerne notre santé et notre bien-être, pour la prise en charge des personnes en difficultés, des malades, des enfants, des anciens.

1. Un cheminement historique, marqué de profondes évolutions

L'action sanitaire et sociale que nous connaissons aujourd'hui s'est construite tout au long de l'histoire, trouvant ses racines dans le devoir de charité, omniprésent dans l'Europe chrétienne du Moyen-Age et jusque sous l'Ancien Régime ; au fil du temps, on est progressivement passé de « *l'hospitalis* », établissement charitable où l'on accueillait des gens sans ressources pour les entretenir et les soigner, à « *l'hôpital* », établissement de santé, strictement consacré au traitement de pathologies, avec, comme conséquence de l'évolution entamée à la fin du XIX^e siècle, la séparation du sanitaire et du social.

A l'origine, le « pauvre » est le « client » exclusif des hôpitaux. Les établissements charitables remplissent des fonctions d'accueil et d'hébergement pour tous ceux, qui, placés dans une situation nécessiteuse, réclament une protection temporaire ou définitive : les orphelins, les vieillards, les pauvres, et bien sûr les malades mais plus du fait de leur fragilité sociale que de leurs affections. A partir du XVII^e siècle, époque de grande paupérisation, la tradition hospitalière d'accueil charitable des nécessiteux se double d'une nouvelle mission. Pour préserver l'ordre social, les mendiants et les vagabonds sont enfermés à l'hôpital et contraints au travail obligatoire. Coexistent alors deux grands types d'établissements hospitaliers : les anciens hôtels-dieu qui répondent à la vieille tradition charitable et les hôpitaux généraux à visée répressive et éducative aux côtés desquels on trouve également des établissements destinés plus spécialement aux convalescents, aux incurables, aux enfants abandonnés et aux orphelins, aux femmes de « mauvaise vie »...

Sous l'influence des philosophes du XVIII^e siècle qui considèrent l'assistance comme un droit pour la victime de l'état social et une dette pour la société, le législateur révolutionnaire proclame très haut le droit à l'assistance comme un des grands devoirs nationaux. L'importance de la richesse de certains particuliers leur permet de fonder un hôpital, tels Necker (financier et homme politique), Beaujon (fermier général), Cochin (riche curé).

A la veille de la révolution, l'image de l'hôpital est loin de celle d'un centre de soins. Sur 105 000 hospitalisés, on ne compte en France que 25 000 malades, (plus exactement des pauvres qui sont malades), les autres hospitalisés se répartissant de façon à peu près égale entre enfants trouvés et vieillards sans ressources³. La Révolution, au nom des principes républicains et en opposition aux mouvements religieux, décide la nationalisation des hôpitaux. Cependant, devant l'accroissement continu du nombre de pauvres et l'augmentation exponentielle des dépenses hospitalières à laquelle il ne peut faire face, l'Etat se désengage de la gestion des hôpitaux. La loi du 16 vendémiaire de l'an V (7 octobre 1796) consacre alors la municipalisation des établissements, marquant ainsi l'origine d'une tutelle très étroite entre l'hôpital et la commune, encore présente aujourd'hui puisque, plus de deux siècles plus tard, le maire est toujours le président du conseil d'administration de l'hôpital. Parallèlement, à la même époque, se met en place l'organisation de bureaux de bienfaisance, ancêtres de nos actuels centres communaux d'action sociale.

Il convient par ailleurs de ne pas oublier le rôle essentiel des femmes dans les hôpitaux. Dans son optique chrétienne, l'hôpital est d'abord le lieu où les congrégations féminines dispensent aux malheureux des soins maternels. Après la Révolution française et la mise en cause des corporations religieuses, la laïcisation se met progressivement en marche avec l'arrivée d'infirmières laïques aux côtés des religieuses. Elle apparaît comme un enjeu pour la République qui veut consolider le socle sur lequel s'appuie sa politique d'assistance et au sein de laquelle la formation du personnel infirmier est un axe fort. Il s'agit alors, dans un contexte de « *révolution pasteurienne* », d'appliquer les principes d'hygiène et d'asepsie et de lutter avec rigueur contre les trois fléaux de l'époque : l'alcoolisme, la tuberculose et la syphilis. Des écoles d'infirmières font leur apparition à la fin du XIX^e siècle, à la Salpêtrière, à Bicêtre, à la Pitié, permettant les débuts de la reconnaissance professionnelle d'un métier jusqu'alors, et peut-être encore aujourd'hui, considéré comme un don de soi. La création de la Croix-Rouge va institutionnaliser cette profession en mettant en place une formation pour ces nouvelles auxiliaires médicales.

Pendant tout le XIX^e siècle, l'hôpital demeure avant tout la maison des pauvres, le dernier recours pour les déçus de la société. Dans un monde en voie d'industrialisation et d'urbanisation, il garde l'image d'une institution marginale. A cette époque, la médecine⁴ s'exerce encore essentiellement à domicile et l'hospitalisation des malades n'est envisagée que lorsque la détresse physique ou matérielle des individus les place à la charge de la collectivité. Si l'on excepte

³ Tiré de cours sur l'histoire de l'Administration publique, Université Paris X, Nanterre.

⁴ Jusqu'au milieu du XIX^e siècle, le médecin ne peut pas grand chose pour son malade et partage ses « compétences » avec le barbier, dont certaines interventions relèveront plus tard de la chirurgie.

deux lois de 1811 (service des enfants assistés) et de 1838 (régime des aliénés), qui sont davantage des lois de police et de sûreté, guidées par la préoccupation de défense de l'ordre social, et la loi de 1851 sur les hôpitaux et les hospices prévoyant l'hospitalisation gratuite des malades et des vieillards indigents, qui suit la même logique, ce n'est qu'à la fin du XIX^e siècle que se dessinent les contours d'une assistance publique obligatoire, avec les premières grandes lois d'assistance : assistance médicale gratuite (1893), enfants assistés (1904), vieillards, infirmes et incurables (1905). Il faut même attendre 1953 pour voir définie, sous la dénomination de l'aide sociale, une conception cohérente des règles de l'assistance publique.

Le principe d'assistance va cependant révéler ses limites et se trouver remis en cause, jugé comme un symptôme de l'échec de l'organisation sociale qui soulage et répare l'individu, mais ne corrige pas les inégalités sociales. Pour sortir du carcan et des impasses de la logique des secours, une nouvelle réflexion émerge, misant sur la prévoyance par l'assurance individuelle des salariés, qui repose sur une responsabilisation à la fois individuelle et collective⁵.

Un second mouvement de solidarité sociale se développe tout au long du XIX^e siècle, au sein des groupes professionnels dans le cadre du milieu de travail, sous l'influence d'un double courant d'inspiration chrétienne et laïque. Il s'organise progressivement avec les sociétés mutualistes, qui avaient commencé à se développer pour remédier aux difficultés liées à l'insécurité ouvrière dans les fabriques, puis dans les usines nées de la révolution industrielle. La mutualité, consacrée en 1902, s'ouvre peu à peu à de nouvelles catégories de la population (notamment les femmes et les enfants) et joue un rôle de premier plan dans le domaine de l'hygiène sociale et de la santé publique, impulsant les prémices de la construction du système français de protection sociale, fondé sur la solidarité. Cette dernière notion, qui émerge progressivement au début du XX^e siècle, va notamment se concrétiser sous le Front populaire. Le développement de politiques sociales contribuera à l'installation de « l'Etat Providence » dans laquelle l'Etat joue à la fois le rôle de concepteur et de régulateur des dispositifs d'assistance édictés.

Mais la médicalisation progressive de l'hôpital ne fait que confirmer la place qu'occupe le pauvre : soigné grâce à la générosité des médecins, il constitue pour eux un sujet d'enseignement et de recherche. En 1919, l'hôpital s'ouvre aux victimes de guerres. Dans de nombreux hôpitaux, se créent des « *quartiers payants* » où les médecins et les chirurgiens sont autorisés à percevoir des honoraires, bien que demeure le principe d'un hôpital réservé aux seuls indigents. Entre 1900 et 1939, se créera un important réseau de cliniques privées dirigées par des médecins pour les classes aisées. Il existe dès lors un double système de santé : les pauvres à l'hôpital, les populations aisées à la clinique, laissant de fait et sans recours, les classes moyennes auxquelles l'hôpital public est refusé et les cliniques inaccessibles faute de moyens financiers suffisants. Il faut attendre la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et

⁵ Cette réflexion exprime une nouvelle vision : le « solidarisme », notamment théorisé, dès le début du siècle, par Léon Bourgeois dans son ouvrage *Solidarité* paru en 1902.

hospices civils pour rompre avec l'hospice et ouvrir l'hôpital à l'ensemble des citoyens en faisant de l'activité de soins sa mission prioritaire. Cette loi consacre juridiquement l'hôpital comme un établissement sanitaire et social et pose les bases de l'institution moderne.

La fin de la Seconde Guerre mondiale marque sinon une rupture, du moins un changement d'échelle dans le domaine des politiques sociales. Après les grandes réformes de la Libération, la longue période de développement économique qui a accompagné la reconstruction du pays a permis d'associer les systèmes de protection sociale hérités du passé sur des bases plus larges, avec l'instauration et la généralisation progressive de la sécurité sociale, et de rénover et développer les structures sanitaires et sociales, dans le cadre de plans pluriannuels, appelant une croissance sans précédent des personnels de santé et des travailleurs sociaux.

A partir des années 1950, on voit la primauté accordée à l'hôpital « plateau technique » ou « entreprise », en rupture avec l'hôpital pour les pauvres et les indigents. Cette évolution sera couronnée par la loi d'orientation et celle sur les institutions sociales et médico-sociales, du 30 juin 1975, qui consacre la disparition de la fonction asilaire de l'hôpital en séparant institutionnellement le médical du social ; cette loi poursuit ainsi la logique de la loi de 1970 qui avait donné aux établissements hospitaliers une mission limitée aux activités sanitaires, annonçant la démarche arrêtée par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, par laquelle les hôpitaux deviennent des Etablissements publics de santé.

S'agissant de l'action sociale et médico-sociale, elle reste longtemps le fait d'initiatives privées, d'inspiration caritative ou mutualiste, bénévole et militante, qui visent à répondre à des besoins sociaux et s'organisent en marge du cadre marchand de l'économie. Ainsi se fabriquent, longtemps avant l'apparition formalisée de ce que l'on désigne aujourd'hui comme le secteur de l'économie sociale, des formes socialisées et d'inspiration non marchande d'aide et de prise en charge de personnes rencontrant des difficultés spécifiques.

La mobilisation des personnes dans le cadre d'associations, à partir de la fin du XIX^e siècle, dans un contexte marqué par l'urbanisation et l'industrialisation, va en effet permettre une reconnaissance de besoins sociaux non pris en compte, tout comme elle va rendre possible l'expérimentation de réponses nouvelles à y apporter, notamment par la mise en place d'actions et d'institutions sociales. L'offre de services par les associations s'est ainsi diversifiée en direction de publics variés : petite enfance, familles, adolescents, handicapés, malades, personnes âgées. La première définition « professionnelle » du service social⁶ est apportée à Paris en 1928 par une conférence internationale regroupant près d'une vingtaine de pays : « *il y a service social quand il y a charité organisée scientifiquement s'appuyant sur des méthodes pour répondre à des conditions sociales défavorables...* ». Puis, dans l'immédiate après-guerre, l'ordonnance de 1945 est venue organiser la sauvegarde de l'enfance et de

⁶ Cf. avis adopté par le Conseil économique et social le 24 mai 2000 sur *Mutations de la société et travail social*, rapport présenté par Daniel Lorthiois au nom de la section des affaires sociales.

l'adolescence en danger. Cette dynamique, dans laquelle les associations ont pris une grande part, a largement inspiré les politiques sociales publiques.

Depuis les années 1970, les besoins sociaux se sont multipliés, pour des raisons démographiques (vieillesse), sociologiques (activité féminine, transformation des liens familiaux et sociaux), économiques (précarisation ou exclusion de l'emploi, paupérisation), politiques (accès aux droits sociaux) et culturelles (revendication de davantage d'autonomie). En particulier, les populations marginalisées et précarisées se sont diversifiées, notamment par l'exclusion du salariat sur lequel avait été fondé les identités sociales, les liens sociaux et l'accès aux revenus et aux droits sociaux.

2. Principes et finalités

L'action sanitaire et sociale, basée sur la prévention des risques de santé et sociaux ainsi que sur l'aide sociale et médicale en faveur de l'individu et de la famille, concourt au développement de la protection sanitaire et sociale de la population et demeure l'un des principaux instruments de solidarité en faveur des personnes en difficultés. Elle répond au droit universel de protection et de bien-être des citoyens et se fonde sur le principe de solidarité.

C'est au XIX^e siècle que l'Etat a été amené, dans la plupart des pays industriels, à prendre en charge les problèmes de santé de la collectivité. Cette naissance de la santé publique a des causes multiples, parmi lesquelles l'évolution des mentalités, hâtée par les transformations politiques résultant notamment de la Révolution française. Elle puise ses racines dans le principe de solidarité et se renforce au travers de plusieurs textes fondamentaux.

Ainsi, après la proclamation de la liberté et de l'égalité, en tant que droits intangibles dans la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen en 1789, le lendemain de la Révolution française, la Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 reconnaît à toute personne le « *droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour (...) les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires* ».

Plus récemment, la Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne, signée le 7 décembre 2000, réaffirme et précise les droits énoncés dans la Charte sociale européenne de 1961, notamment le droit à l'accessibilité, pour l'ensemble de la population, à des structures de soins, aux prestations de sécurité sociale, à l'assistance sociale et aux services sociaux, et à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale ; elle pose le principe de l'égalité des chances et du plein accès à toutes les ressources de la société.

En France, le droit fondamental à la protection de la santé, rappelé par la Constitution, est posé de façon pratique dans le Code de la santé publique, ainsi que la garantie d'un égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé, de la continuité des soins et de la meilleure sécurité sanitaire possible. Les fondements de l'action sociale, définis par le Code de la famille et de l'action sociale, visent plus largement à promouvoir non seulement l'autonomie et la protection des personnes, mais également la cohésion sociale et l'exercice de la citoyenneté ; il s'agit de prévenir les exclusions et d'en corriger

les effets et de répondre aux besoins et aux attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes en situation de handicap et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté.

Au même titre que notre système de protection sociale, auquel il participe pleinement, le système sanitaire, médico-social et social est un élément majeur de la cohésion sociale de notre pays et la source essentielle de solidarité entre les Français. Le principe de solidarité est au cœur même du système, placé au rang de valeur républicaine. D'abord mis en œuvre essentiellement à la faveur des mouvements associatifs et mutualistes, ce principe de solidarité nationale est renforcé au milieu du XX^e siècle avec la formation de l'Etat Providence.

Sur la base de ces principes, l'action sanitaire et sociale entend veiller à l'état sanitaire de la population et au mieux-être en collectivité, à en garantir un niveau satisfaisant et optimal. Elle s'inscrit au cœur des préoccupations des Français, fortement attachés tant à leur système de soins qu'à celui médico-social et social, développé en faveur de populations diverses telles que les malades, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap ou les personnes en difficulté. Elle est appelée à occuper une place encore plus importante face à l'allongement de la vie et à l'augmentation de la demande de soins qui en résulte, aux nouvelles problématiques de l'exclusion et des populations en difficulté, à la prise en charge de nos parents et de nos enfants.

Il s'agit bien de garantir l'égalité de tous pour l'accès aux droits (soins, santé, prévention, aide sociale), en fonction de ses besoins, et ce, sur l'ensemble du territoire, et de bénéficier d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux synonymes d'accueil, de qualité et de solidarité.

L'action sociale et médico-sociale, contrairement à l'action sanitaire universaliste, ne s'adresse pas à l'ensemble de la population, mais vise plus spécifiquement certaines catégories de publics, en situation de difficulté, d'inadaptation ou d'exclusion. Dans ce cadre, elle tend à promouvoir l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et en corriger les effets. Participent à ces objectifs l'insertion sociale, l'intégration et la lutte contre les exclusions (actions en faveur des jeunes, des familles, des plus démunis), les politiques en faveur des personnes âgées, des personnes en situation de handicap. En particulier, s'agissant des personnes en situation de fragilité, l'enjeu est de préserver ou reconstruire leurs liens avec la communauté, afin de garantir leur pleine citoyenneté. Sur le plan sanitaire, l'accroissement des situations de précarité est un élément majeur à prendre en compte dans le souci de garantir à tous des soins de qualité.

B - L'ENVIRONNEMENT JURIDIQUE : LOIS, STATUTS ET CONVENTIONS COLLECTIVES

Le champ du sanitaire et social est multiple, complexe et varié. Sa construction et son évolution, particulièrement au cours du siècle dernier, l'interaction entre public et privé, entre commercial et non lucratif, ont contribué à dessiner un environnement juridique reflétant ces diverses composantes.

1. Un champ d'intervention défini par le législateur

De la situation initiale où l'hôpital servait d'accueil tout à la fois aux malades, aux infirmes, aux vieillards, aux enfants abandonnés, aux pauvres et aux vagabonds, les structures se sont peu à peu spécialisées, notamment aux lendemains de la Seconde Guerre mondiale, les établissements de soins cherchant à se démarquer de leur passé asilaire.

Il en résulte un partage des deux secteurs, acté par la loi d'orientation du 30 juin 1975 qui sépare le sanitaire et le social, entre d'une part, les structures de soins dont le champ est défini par la loi hospitalière de 1991, et d'autre part les institutions sociales et médico-sociales, elles-mêmes visées par l'autre loi de 1975 et qui vient d'être rénovée en 2002. Ceci, même si l'une et l'autre se doivent d'être complémentaires, tant la frontière entre sanitaire et médico-social et social est souvent difficile à tracer. D'autres lois interviennent également plus ou moins directement dans le cadre de missions aux finalités voisines, telles la loi sur les exclusions, ou celles sur la politique de la ville, dont les acteurs participent pleinement à des objectifs communs. L'interconnexion du secteur social et médico-social et d'autres champs de politiques publiques est, à cet égard, une caractéristique forte qui prend toute sa place dans les réflexions engagées pour une meilleure réponse aux besoins des Français et de la société.

En ce qui concerne le secteur sanitaire, de nombreuses réformes sont venues modifier le fonctionnement et l'organisation de l'action sanitaire depuis l'apparition de l'hôpital moderne, dont la loi hospitalière du 31 juillet 1991. Cette loi, qui rappelle le principe de l'égalité de chacun dans l'accès aux soins, parachève la politique amorcée en 1941 et poursuivie avec la première grande loi de planification sanitaire et d'encadrement des dépenses de 1970. Les établissements publics de santé remplacent les établissements publics administratifs hospitaliers.

La loi renforce la planification hospitalière avec, aux côtés de la carte sanitaire maintenue, la création d'un Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), qui répartit qualitativement les équipements hospitaliers entre les hôpitaux et les cliniques privées. Elle choisit également de prendre en compte la dimension régionale en tant que référence sanitaire : le pouvoir de l'Etat en la matière est pour partie délégué aux instances régionales ou locales. En matière de planification, la réforme issue de l'ordonnance du 24 avril 1996 institue les agences régionales de l'hospitalisation et régionalise les budgets, en substituant notamment au budget global des contrats d'objectifs et de moyens censés mieux tenir compte de l'activité réelle des établissements hospitaliers et avec pour objectif d'améliorer la complémentarité de l'offre de soins au sein d'une même

zone géographique. Enfin, dans le cadre du plan Hôpital 2007, une ordonnance du 4 septembre 2003 simplifie et régionalise les démarches de planification. La carte sanitaire est supprimée, le SROS devenant l'outil unique de planification et les formules de coopération sanitaire entre établissements publics et privés sont unifiées en faisant du groupement de coopération sanitaire le cadre naturel des coopérations et des réseaux de santé.

Il faut également relever que le secteur sanitaire se caractérise par ailleurs, par une mission spécifique de Service public hospitalier (SPH) construit autour du principe de l'égal accès de tous aux soins, sans discriminations entre les malades, et d'une obligation de permanence, qui implique l'accueil de jour et de nuit et l'organisation d'un accueil d'urgences. Etablissements de santé publics et privés à but non lucratif participent ainsi à l'exécution du SPH.

En ce qui concerne le secteur médico-social et social, la loi intervenue récemment en 2002⁷ rénove profondément la loi de 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales et redéfinit les missions de l'action sociale, le droit des usagers et les obligations des établissements et services oeuvrant dans ce champ.

Cette loi s'inscrit dans une volonté forte de replacer l'utilisateur au centre du dispositif, de « *passer d'une logique de protection d'une personne fragile à une logique d'aide à un citoyen en difficulté* » et positionne ainsi les établissements en prestataires qui devront s'adapter aux besoins des personnes concernées, dans le cadre d'une démarche de résultats. Elle prend en compte les évolutions observées depuis vingt ans, notamment en donnant une existence aux prises en charge diversifiées ou aux structures nouvelles de lutte contre l'exclusion, aux services d'aide à domicile ainsi qu'aux lieux de vie et aux centres de ressources prodiguant aide et conseils aux familles. Enfin, elle met en place une planification médico-sociale plus efficiente par l'instauration de véritables schémas sociaux et médico-sociaux pluriannuels.

2. Une répartition entre secteur public et secteur privé, lucratif et non lucratif

Le champ sanitaire et social se répartit entre le secteur public et le secteur privé, le premier relevant du droit public (fonctions publiques hospitalière et territoriale principalement), le second, étant subdivisé entre secteur lucratif et secteur non lucratif, et bénéficiant majoritairement de dispositifs conventionnels élaborés par les partenaires sociaux.

La diversité et la complexité des structures, de leur histoire, de leur financement et de leur nature juridique (but non lucratif ou lucratif, ce dernier secteur étant autrement dénommé « à caractère commercial ») se reflète naturellement dans la multiplicité des dispositifs contractuels et la quantité de conventions collectives existantes, conduisant à un certain nombre de disparités

⁷ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002.

entre les établissements et les personnels selon qu'ils appartiennent à un secteur ou à un autre⁸.

Sans chercher à être exhaustif, ni à analyser le contenu des dispositions conventionnelles, leurs dispositions étant souvent proches, on se contentera de lister ci-après les conventions collectives les plus « emblématiques » du champ sanitaire et social, la principale distinction opérée étant dans le caractère non lucratif ou commercial des établissements.

Dans le *secteur non lucratif*, on compte principalement six conventions collectives :

- Etablissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif (octobre 1951) ;
- Etablissements et services pour personnes handicapées et inadaptées à but non lucratif (mars 1966) ;
- Centres de lutte contre le Cancer (CLCC) (janvier 1999) ;
- Croix-Rouge Française (juin 2003) ;
- Aide au maintien à domicile (mai 1983) ;
- Centres sociaux (juin 1983).

Dans le *secteur lucratif ou commercial*, une convention collective s'applique, qui regroupe depuis 2002 les cinq dispositifs conventionnels pré-existants dans ce champ : hospitalisation privée (avril 2002) - établissements privés de diagnostic et de soins et de réadaptation fonctionnelle (avec ou sans hébergement), des établissements d'accueil pour personnes handicapées et pour personnes âgées, privés et à caractère commercial.

C - MOYENS ET ACTIONS

L'Etat, garant du bien-être des individus et de l'égalité juridique en droits face aux inégalités économiques et sociales, définit dans ce cadre les grandes orientations de politique de santé et d'action sociale pilotées au niveau territorial par les préfets et les directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales. Il n'est cependant pas, peu s'en faut, le seul acteur de prise en charge en matière d'action sanitaire et sociale. En effet, un grand nombre d'acteurs participent à la mise en œuvre de ces politiques, non seulement des structures autonomes de droit public, comme les hôpitaux, mais également très souvent des organismes de droit privé à but non lucratif tels que les organismes de sécurité sociale (en particulier les CRAM), les mutuelles, les associations, les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, ou encore des organismes à but lucratif⁹.

⁸ Etant en outre précisé que certains de ces textes, concernant des secteurs financés par des fonds publics, sont soumis avant de pouvoir être appliqués, à un agrément ministériel préalable, lequel est souvent conditionné par les mesures budgétaires contraignantes décidées au niveau de l'Etat.

⁹ Voir partie II sur les établissements.

La gestion de certaines missions se trouve partagée, voire déléguée à des organismes sous tutelle créés sous des formes juridiques variées : agence, délégation, comité... parmi lesquels on peut citer le Conseil national du Sida ou le Conseil national du Cancer. Par ailleurs, des plans d'action spécifiques sont établis (lutte contre la précarité et l'exclusion, urgence sociale et insertion, ou encore programme de développement des soins palliatifs) pour renforcer et optimiser l'ensemble des moyens sur une problématique donnée.

Il convient par ailleurs de noter le rôle important et l'implication croissante des collectivités territoriales (tout particulièrement les communes et les régions), qui se sont développées à la faveur des lois de décentralisation, notamment par le transfert d'environ la moitié de l'aide sociale aux départements et qui devraient se poursuivre avec la nouvelle phase de décentralisation à venir.

Le département a pu disposer ainsi d'une compétence de droit commun en ayant la charge de la plupart des prestations d'aide sociale et la gestion d'une grande partie des services départementaux de prévention sanitaire et d'action sociale (lutte contre les exclusions, personnes en difficultés, aide sociale à l'enfance, protection maternelle et infantile, action sociale en faveur des personnes âgées...). Au niveau de la commune, le Centre communal d'action sociale (CCAS), ancien bureau d'aide sociale, se présente comme un outil politique incontournable de l'action sociale locale dans le cadre d'une action générale de prévention et de développement social en liaison avec les institutions publiques et privées. Il développe différentes activités et missions légales ou facultatives, directement orientées vers les populations concernées.

Les associations sont également des partenaires de tout premier plan dans le champ du social et médico-social. Présentes dans ce domaine pour la prise en charge des personnes en difficultés bien avant que l'Etat n'ait défini nationalement une quelconque politique sociale, elles occupent aujourd'hui encore, dans un contexte pourtant différent d'interventions publiques, une place importante, et souvent prédominante, dans la gestion des services et établissements de l'action sociale. Elles constituent ainsi de véritables partenaires de l'Etat, des collectivités territoriales et de l'assurance maladie dans la mise en œuvre des orientations et des politiques d'actions sanitaires et sociales.

D - L'IMPORTANCE DU SECTEUR

Le secteur sanitaire et social est un secteur important de l'économie de la France, non seulement sur le plan des politiques menées en matière de santé et d'action sociale, mais également en termes de nombre d'établissements, de personnels et d'usagers, constituant ainsi une force économique majeure¹⁰.

Dans son ensemble, le secteur sanitaire et social, tel qu'il ressort de la loi hospitalière et de celle sur l'action sociale et médico-sociale, regroupe ainsi près de 31 000 établissements et services et gère un peu plus d'un million et demi de places. Du point de vue du personnel employé, ce secteur présente une double caractéristique, au regard d'une part de leur nombre important - environ

¹⁰ Des données établies au niveau européen font état d'une part s'élevant à environ 10 % de l'effectif salarié, au sein des Pays de l'Union, secteurs public et privé confondus.

1 600 000 personnes en équivalent temps plein - d'autre part de leur haut niveau de qualification¹¹.

Dans ce cadre, le seul secteur social et médico-social regroupe plus de 27 550 établissements et services, pour un peu plus d'un million de lits ou places et plus de 570 000 salariés.

Le secteur sanitaire quant à lui compterait un peu plus de 3 000 établissements de santé ou entités juridiques sanitaires, pour environ 520 000 places et un personnel d'un peu plus d'un million.

II - LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES DE SANTÉ, SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

A - LA COMPLEXITÉ ET LA MULTIPLICITÉ DES STRUCTURES

Pour décrire le secteur sanitaire et social, une approche peut consister à définir les institutions qui le composent. Le secteur sanitaire et social « institutionnel » est dès lors appréhendé comme l'ensemble des établissements et services ayant vocation à venir en aide à des populations affrontant des difficultés particulières comme les personnes âgées, les personnes malades, les personnes en situation de handicap et les personnes en difficulté sociale et employant pour atteindre ses objectifs, un personnel médical, para-médical ou social.

1. Les établissements de santé

Dans un contexte épidémiologique marqué par l'accroissement des pathologies chroniques et, plus généralement, par le vieillissement de la population, les modes d'intervention et l'organisation des établissements de santé se transforment en profondeur, en même temps que leur positionnement dans le système de soins¹². Deux demandes coexistent : celle d'une prise en charge diagnostique et thérapeutique rapide, technicisée, s'inscrivant dans un processus court et celle d'un accompagnement de situations pathologiques chroniques ou à évolution lente, impliquant moins les outils que le savoir-faire des professionnels et la participation active des patients eux-mêmes aux soins. Cette double polarité qui traverse l'organisation interne des établissements s'inscrit également dans le paysage hospitalier avec une spécialisation selon les secteurs, les missions et l'insertion territoriale.

¹¹ Ces données doivent cependant être considérées comme un ordre de grandeur et regardées avec prudence dans la mesure où elles agrègent des informations collectées à des années différentes. Source : DREES, ministère du travail, de l'emploi et de la cohésion sociale .

¹² *Données Sociales sur la situation sanitaire et sociale de la France en 2003*, DREES, ministère chargé des affaires sociales et de la santé.

Pour répondre à l'ensemble de ces demandes, on comptait en 2001 en France, 3 052 établissements ou entités juridiques sanitaires disposant de 471 500 lits d'hospitalisation à temps complet et de 47 000 places en hospitalisation à temps partiel¹³, le secteur public regroupant environ deux tiers des lits d'hospitalisation.

Au sein des établissements publics, coexistent trois types d'établissements, qui se différencient par leurs missions : les Centres hospitaliers régionaux (CHR), chargés d'assurer les soins les plus spécialisés à l'ensemble de la population de la région ainsi que les soins courants à la population proche, les hôpitaux locaux, qui se caractérisent par le recours aux services de médecins généralistes libéraux et qui ont, pour l'essentiel, une fonction d'accueil et de soins pour personnes âgées, et enfin, les centres hospitaliers, qui se définissent, par défaut, comme étant « *les établissements publics de santé ne figurant ni sur la liste des CHR, ni sur les listes d'hôpitaux locaux* ».

De leur côté les établissements privés se répartissent en cinq grandes catégories : établissements de soins de courte durée, établissements de soins de suite et de réadaptation, établissements de soins de longue durée, établissements de lutte contre les maladies mentales, les toxicomanies et l'alcoolisme et établissements de traitements et soins à domicile et de dialyse ambulatoire. Au sein du secteur privé, le secteur lucratif concentre la majorité des lits d'hospitalisation à temps complet tandis que le secteur non lucratif regroupe la majorité des lits d'hospitalisation à temps partiel.

2. Les établissements d'hébergement sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées

L'accueil des personnes âgées dépendantes dans des établissements d'hébergement adaptés à leurs besoins est un aspect essentiel de leur prise en charge, à côté des aides au maintien à domicile qui proviennent à la fois de la famille, des proches et des services d'aide ou de soins¹⁴. En 2003, les établissements d'hébergement pour personnes âgées sont au nombre de 10 800 et disposent d'une offre de l'ordre de 677 000 places.

Trois principales catégories d'établissements sont recensées : d'une part, les maisons de retraites, établissements les plus nombreux, et les logements foyers, institutions à caractère social développées à l'initiative des communes à partir des années 1960, qui relèvent principalement du secteur social et médico-social, et d'autre part, les maisons de retraites médicalisées et les services de soins de longue durée, situés au sein des établissements de santé, dont la presque totalité des places sont occupées par des personnes de plus de 65 ans¹⁵.

¹³ Les systèmes d'information repèrent également environ un millier de structures supplémentaires, définies réglementairement comme des établissements de santé, mais qui ne constituent pas des hôpitaux au sens commun du terme.

¹⁴ *Les places dans les établissements pour personnes âgées en 2001-2002*, Annie Mesrine, Etudes et résultats n° 263, octobre 2003, DREES, ministère chargé des affaires sociales et de la santé.

¹⁵ *Les établissements d'hébergement pour personnes âgées : une croissance ralentie*, Martine Neiss, Informations rapides n° 102 de septembre 1998, DREES, ministère chargé des affaires sociales et de la santé.

Il faut, par ailleurs, ajouter à ces établissements les résidences d'hébergement temporaire qui permettent à la personne âgée de faire face à des difficultés temporaires telles que l'absence momentanée de la famille, l'isolement ou encore l'inadaptation du logement en hiver.

Plus de la moitié des places dont disposent les établissements médico-sociaux pour personnes âgées sont gérées par des établissements publics, avec quelques différences selon la catégorie d'établissement. A titre d'exemple, la moitié des places dans les maisons de retraite est gérée par des établissements publics, l'autre moitié étant répartie entre les établissements privés à but non lucratif (29 %) et les établissements privés à caractère commercial (20 %).

3. Les établissements et services médico-sociaux pour enfants et adultes handicapés

Les établissements et services médico-sociaux pour enfants et adultes handicapés (7 880 établissements et services ¹⁶ et 354 000 places en janvier 2002) constituent un mode important de prise en charge du handicap¹⁷.

3.1. Les établissements et services pour enfants handicapés

Les établissements pour enfants handicapés (2 892 établissements et services disposant de 131 000 places, en janvier 2002), sont spécialisés dans la prise en charge d'un handicap particulier, déficience intellectuelle, sensorielle ou motrice. Les Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) ont, eux, vocation à intervenir sur le lieu de vie des enfants : famille, crèche, école, etc. Ils jouent aujourd'hui un rôle moteur dans l'intégration scolaire.

Les établissements et services d'éducation spéciale se sont développés à partir des années 1950 pour atteindre leur apogée au milieu des années 1970. Cette croissance a été essentiellement portée par les établissements pour enfants déficients intellectuels. Les établissements pour enfants déficients sensoriels, qui accueillent un nombre plus faible d'enfants, étaient déjà en activité dès les années 1950 et disposaient d'un nombre de places sensiblement équivalent à celui d'aujourd'hui. Après une baisse, le nombre total des places d'éducation est resté stable à hauteur de 130 000 au cours des années 1980 et 1990.

Cette stabilité masque cependant deux mouvements importants intervenus lors de la dernière décennie. Le premier changement a trait au développement de certains types d'établissement tels ceux pour enfants polyhandicapés et les instituts de rééducation, issus notamment de la reconversion d'établissements pour enfants déficients intellectuels. Le second relève d'une forte modification des modes de prise en charge : fermeture ou reconversion de milliers de places d'internat et promotion des places d'éducation spéciale et de soins à domicile, en milieu dit ouvert.

¹⁶ Non compris les centres d'action médico-sociale précoces et les centres médico-psychopédagogiques

¹⁷ *Les établissements pour personnes handicapées entre 1988 et 1998 : réduction globale des disparités départementales*, Christophe Trémoureux, Emmanuel Woitrain, Etudes et résultats n° 58, avril 2000, DREES, ministère chargé des affaires sociales et de la santé.

On peut intégrer au secteur de l'éducation spéciale pour les enfants handicapés, les Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), qui ont notamment pour vocation le dépistage, le traitement et la rééducation en cure ambulatoire des enfants handicapés de moins de six ans, et les Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) qui s'adressent aux enfants et adolescents présentant des difficultés scolaires, des troubles psychomoteurs ou des troubles du comportement.

Au début de l'année 2004, près de 3 800 établissements et services médico-sociaux pour enfants handicapés sont en activité. Un peu plus de 9 sur 10 appartiennent au secteur privé non lucratif et sont dans la plupart des cas gérés par des associations. Les autres relèvent du secteur public. Deux exceptions à cette prédominance du secteur privé à but non lucratif : les instituts d'éducation sensorielle pour enfants atteints de déficiences visuelles ou auditives et les centres d'action médico-sociale précoce, dont certains sont publics.

3.2. Les établissements pour adultes handicapés

Les établissements médico-sociaux pour adultes handicapés sont spécialisés par activité et type de prestations proposées : travail, hébergement et formation. Les ateliers protégés et les Centres d'aide par le travail (CAT) participent au développement de la vie professionnelle et sociale des personnes qu'ils reçoivent grâce à des conditions de travail aménagées. Les foyers d'hébergement, les foyers occupationnels, les maisons d'accueil spécialisées et les foyers à double tarification hébergent ou accueillent dans la journée des adultes handicapés. Chaque catégorie de structure accueille une clientèle particulière. La plupart des adultes en foyer d'hébergement travaillent en CAT. Ceux qui fréquentent les foyers occupationnels participent surtout à des activités d'animation. La grande majorité des adultes en maison d'accueil spécialisée n'a aucune activité par manque d'autonomie suffisante. Enfin, les adultes en foyer à double tarification sont moins lourdement handicapés que ceux présents en maison d'accueil spécialisée.

Le secteur des établissements médico-sociaux pour adultes handicapés s'est développé de façon soutenue à partir des années 1970. Cette croissance a d'abord été assurée pour l'essentiel par l'ouverture de places en centres d'aide par le travail et en foyers d'hébergement. Depuis le début des années 1980, les créations de places en foyer occupationnel, en maison d'accueil spécialisée et en foyer à double tarification contribuent également à cette croissance.

Au début de l'année 2004, près de 5 200 établissements médico-sociaux pour adultes handicapés sont en activité. Environ 90 % appartiennent au secteur privé non lucratif et sont pour la plupart gérés par des associations.

4. Les établissements et services sociaux pour enfants et adultes en difficulté sociale

*4.1. Les établissements et services pour enfants en difficulté sociale*¹⁸

Au début de l'année 2004, près de 1 400 établissements relevant de l'aide sociale à l'enfance et 650 services pour enfants en difficulté sociale sont en activité. Dans leur très grande majorité, ils sont gérés par le secteur privé à but non lucratif, à l'exception des foyers de l'enfance qui sont presque tous des établissements publics. On distingue cinq catégories d'établissements et services.

Les foyers de l'enfance sont des établissements qui doivent être en mesure d'accueillir à tout moment, tout mineur en situation difficile nécessitant une aide d'urgence parfois sous placement judiciaire. C'est un lieu d'observation et de diagnostic qui permet de préparer une orientation : retour dans la famille, placement en famille d'accueil, etc. La durée d'hébergement y est souvent courte, les foyers de l'enfance ayant vocation à être des lieux de transition.

Héritières des orphelinats d'autrefois, les maisons d'enfants à caractère social accueillent, pour des séjours de durée variable, les enfants et les adolescents confiés par le service de l'aide sociale à l'enfance ou par le juge des enfants, parce que les familles se trouvent en difficulté momentanée ou durable les empêchant d'assumer la charge et l'éducation de leurs enfants. Les établissements fonctionnent en internat complet ou en foyer ouvert (les enfants sont alors scolarisés ou reçoivent une formation professionnelle à l'extérieur).

L'objectif des villages d'enfants est de reconstituer des familles stables autour de quelques aides maternelles appelées « mères » spécialement choisies et formées pour élever des enfants orphelins ou n'ayant pas d'attaches familiales étroites et appartenant à des fratries qu'il convient de ne pas dissocier.

Les Services d'action éducative en milieu ouvert (SAEMO) interviennent à domicile, en principe auprès d'un enfant nommé désigné par un juge, mais bien souvent le travail est mené également auprès de la famille, en vue d'apporter globalement une aide psychologique, éducative et éventuellement matérielle. Le but poursuivi est d'exercer une action préventive pour éviter un retrait d'enfants du milieu familial et donc un éclatement des familles, ou pour préparer un placement.

Les clubs et équipes de prévention ont pour objet de mener une action éducative préventive tendant à faciliter une meilleure insertion sociale des jeunes dans leur milieu de vie à partir de leur libre adhésion.

¹⁸ *Les établissements et services pour enfants et adolescents en difficulté sociale*, Bertrand Monteil, Emmanuel Woitrain, Document de travail, série statistiques, n° 48, février 2003, ministère chargé des affaires sociales et de la santé, DREES.

4.2. *Les établissements d'hébergement pour adultes et familles en difficulté sociale*

Des adultes et des familles ayant perdu leur logement peuvent être aidés ou hébergés dans des établissements sociaux¹⁹. Souvent appelés « centres d'hébergement d'urgence » ou « centres d'hébergement de longue durée », ceux-ci appartiennent en fait à trois grandes catégories d'établissements sociaux : les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), les établissements d'accueil mère-enfant et les centres d'accueil non conventionnés au titre de l'aide sociale (au total, 994 établissements en janvier 1998²⁰).

Les CHRS ont aujourd'hui vocation à accueillir, à leur demande et au titre de l'aide sociale à l'hébergement, les personnes et les familles qui connaissent de graves difficultés (économiques, familiales, de logement, de santé ou d'insertion), en vue de les aider à accéder ou à recouvrer leur autonomie sociale et personnelle. La plupart des établissements (90 %) sont gérés par des associations, les autres sont des établissements publics.

Pour venir en aide aux femmes enceintes et aux mères isolées avec leurs enfants de moins de trois ans et qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique, les Conseils généraux, compétents en matière d'aide sociale à l'enfance depuis les années 1980, ont recours aux centres maternels, à des foyers de l'enfance, voire à des maisons d'enfants à caractère social. Leur financement est assuré par le Conseil général. L'admission se fait au titre de l'aide sociale à l'enfance. Près de la moitié d'entre eux sont gérés par des associations, les autres étant des établissements publics.

A côté des CHRS et des établissements d'accueil mère-enfant, existent des établissements qui accueillent également des adultes et des familles sans domicile mais dont le financement ne relève ni de l'aide sociale à l'enfance ni de l'aide sociale à l'hébergement de l'Etat. Ces établissements, dont la plupart est gérée par des associations, sont qualifiés d'établissements non conventionnés au titre de l'aide sociale. Leur financement peut être assuré par une commune ou encore par des fonds privés, l'Etat, le Conseil général...

Enfin, on peut également relever au sein de ces établissements, ceux spécifiquement prévus pour l'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés, respectivement les Centres d'accueil des demandeurs d'asile (CADA) et les Centres provisoires d'hébergement (CPH).

¹⁹ *Hébergement social : environ 35 000 adultes et enfants sans logement sont hébergés en établissement*, Emmanuel Woitrain, Etudes et résultats n° 10 de mars 1999, DREES, ministère chargé des affaires sociales et de la santé.

²⁰ Données issues de la dernière enquête menée par le ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité sur ces établissements.

5. Les services d'aide à domicile

Les services d'aide au maintien des personnes à leur domicile se sont développés après la Seconde Guerre mondiale, d'abord en direction des familles puis des personnes âgées²¹. Au cours de l'année 1998, 7 000 services d'aide à domicile se sont adressés à 1,4 million de bénéficiaires. Les services destinés au maintien à domicile des personnes en situation de handicap ont été mis en place en 1981 sous le nom de services d'auxiliaires de vie.

En 1992, le statut d'organisme agréé de services aux personnes a été institué et attribué aux associations à but non lucratif qui comptaient parmi leurs activités, soit la garde d'enfants au domicile de leurs parents, soit l'assistance aux personnes âgées ou en situation de handicap²². En janvier 1996, une nouvelle loi a introduit une modification importante dans le système des agréments : elle a ouvert aux entreprises privées se consacrant exclusivement aux services aux personnes la possibilité de bénéficier du statut d'organisme agréé et a institué une procédure d'agrément à deux niveaux : l'agrément simple pour les associations ou entreprises n'intervenant pas dans les domaines de la garde des jeunes enfants ou de l'assistance aux personnes âgées ou en situation de handicap, l'agrément « qualité » pour les autres.

Les organismes agréés interviennent soit en tant que prestataire de services, avec leurs moyens et personnels propres - c'est le cadre juridique dans lequel tous peuvent opérer : entreprises privées, associations d'aide à domicile, Centres communaux et intercommunaux d'action sociale (CCAS) - soit dans le cadre d'un mandat, forme d'intervention qui s'est le plus développée jusqu'en 1999 et qui est restée le domaine des associations et des CCAS.

L'organisme mandataire lui, met en rapport des employeurs et des salariés et assure, moyennant une contribution aux frais de gestion, les formalités administratives d'emploi : établissement des bulletins de paye, immatriculation de l'employeur auprès de la sécurité sociale, calcul des cotisations et établissement des déclarations aux URSSAF.

6. Les établissements et services spécialisés de garde d'enfants

Différents établissements ou services d'accueil sont ouverts aux enfants jusqu'à l'âge de 6 ans²³.

Dans le cadre d'un accueil individuel, les assistantes maternelles, qui doivent être titulaires d'un agrément délivré par le Conseil général, accueillent des enfants, soit la journée, soit 24 heures sur 24 heures dans le cadre d'un placement éducatif de l'Aide sociale à l'enfance. Les assistantes maternelles « à la journée » sont employées par des particuliers ou par une crèche parentale.

²¹ *Les services d'aide à domicile en 1998 et 1999*, Nathalie Dutheil, Etudes et résultats n° 91 de novembre 2000, DREES, ministère chargé des affaires sociales et de la santé.

²² *Les emplois familiaux et les organismes de services aux personnes en 2001*, Saïd Adjerad, Premières informations et premières synthèses n° 43.2, octobre 2002, DARES, ministère chargé des affaires sociales et de la santé.

²³ Sources : Etudes et résultats, n° 235, avril 2003, DREES, ministère chargé des affaires sociales et de la santé.

Une aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (prise en charge intégrale des cotisations salariales et patronales) peut être versée aux parents concernés. Les gardes à domicile sont des employées de maison directement salariées par les parents ou par des services aux personnes, le plus souvent gérés par des associations. L'emploi de garde à domicile ouvre droit au versement de l'aide à la garde d'enfant à domicile, compensant une partie des cotisations patronales.

S'agissant des formes d'accueil collectif, les crèches familiales, avec leurs équipes pluridisciplinaires reçoivent pendant la journée et de façon régulière des enfants de moins de 3 ans dont les parents travaillent (ou sont en formation liée à la recherche d'un emploi). La crèche familiale regroupe des assistantes maternelles agréées qui accueillent un à trois enfants à leur domicile, sous la direction d'une puéricultrice ou d'un médecin. Les familles participent aux coûts de fonctionnement en fonction de leurs revenus.

B - LA DIVERSITÉ DES MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT

L'organisation, le fonctionnement et le financement des établissements et des services sont conditionnés par leur statut.

1. Les traits caractéristiques : secteur public, secteur privé

La distinction majeure est celle résultant du partage public/privé. Le secteur public comprend les services des collectivités publiques et les établissements publics et groupements d'intérêt public; le secteur privé se répartissant quant à lui entre les organismes à caractère commercial, avec principalement les cliniques privées, et ceux à but non lucratif gérés essentiellement par les associations, les fondations et les mutuelles.

Il existe également aux côtés de ces entités, des établissements et services non personnalisés qui dépendent directement de la personne morale gestionnaire, tel le cas d'une maison de retraite non autonome qui peut relever d'un CCAS, d'un hôpital, ou encore d'une caisse d'assurance vieillesse.

Cette différence de natures juridiques entraîne un certain nombre de conséquences tenant à la différence de réglementation qui les encadre, en particulier sur les plans administratif et financier.

Si le secteur à caractère commercial prévaut dans l'hospitalisation privée, la forme associative en revanche caractérise le secteur social et médico-social.

Une majorité d'établissements médico-sociaux pour personnes âgées sont sous statut public. Les établissements pour enfants ou adultes handicapés relèvent dans la presque totalité des cas du secteur privé non lucratif, et dépendent principalement des associations. En ce qui concerne les établissements et services sociaux pour enfants et adultes en difficulté sociale, ils sont gérés, dans leur grande majorité par le secteur privé à but non lucratif, à l'exception notable cependant des foyers de l'enfance qui sont quasiment tous constitués sous la forme d'établissements publics et des établissements autonomes d'accueil mères-enfants, dont un peu plus d'un tiers sont publics.

La forte présence et l'implication du milieu associatif et des mutuelles résultent d'une longue tradition dans ce domaine, acteurs de terrain concernés et impliqués, souvent précurseurs d'une approche adaptée des publics en difficulté et des problématiques auxquelles ils sont exposés. Ils constituent des partenaires indispensables sur lesquels l'Etat appuie ses politiques.

2. Une pluralité de sources de financement

Les modes de financement tiennent à la nature juridique des organismes gestionnaires, selon qu'ils sont établissements de soins ou institutions sociales ou médico-sociales, qu'ils appartiennent au secteur public ou privé, ou qu'ils sont à but lucratif ou non.

Le secteur sanitaire public, composé globalement par l'ensemble des hôpitaux publics et des établissements privés à but non lucratif participant au service public hospitalier, est financé pour l'essentiel par la dotation globale versée par les régimes de sécurité sociale. Les ressources du secteur hospitalier privé à caractère commercial proviennent de son activité de soins sous forme de facturation des frais de séjour, des actes médicaux et paramédicaux intervenus à l'occasion de l'hospitalisation et qui sont versés directement aux professionnels.

Ces deux principaux systèmes de financement des structures hospitalières, budget global et système de paiement mixte au séjour résultent de l'ordonnance Juppé de 1996 sur la réforme des établissements de santé publics et privés qui a supprimé le financement dit de « *prix de journée préfectoral* »²⁴.

Le budget global s'applique à l'ensemble des établissements publics et à une majeure partie des établissements privés non lucratifs, que ceux-ci participent ou non au service public hospitalier. L'évolution des dotations globales (DG) est encadrée par un taux directeur, les dépenses annuelles d'un établissement ne devant pas dépasser le budget prévisionnel qui lui est alloué.

Le système de paiement mixte au séjour, combinant des rémunérations par des prix de journée et du paiement à l'acte, concerne quant à lui les cliniques privées et un peu plus d'une centaine d'établissements privés non lucratifs. Les dépenses d'assurance maladie de ces établissements sont encadrées par l'Objectif quantifié national (OQN), système de régulation visant à contrôler, d'une année sur l'autre, l'évolution des tarifs des journées et des actes, en fonction des volumes d'activité réalisés l'année précédente.

S'agissant du secteur social et médico-social, les différents financements proviennent principalement de l'Etat, des Conseils généraux et de l'assurance maladie et s'organisent selon des modalités diverses - y compris des financements croisés - en fonction des missions portées par les services et établissements concernés. Ainsi aujourd'hui, les établissements pour personnes âgées et ceux pour adultes handicapés sont financés en tout ou partie par l'assurance maladie, l'Etat, les Conseils généraux et les usagers. Les établissements pour enfants handicapés relèvent quant à eux d'un financement de l'assurance maladie. En ce qui concerne les établissements pour personnes en

²⁴ Qui concernait pour l'essentiel des établissements de soins de suite et de réadaptation privés (lucratifs et non lucratifs).

difficultés sociales, le secteur enfants repose sur le seul financement du Conseil général alors que le secteur adultes bénéficie en outre de financements de l'Etat et des usagers.

III - LES TRAVAILLEURS DU SOCIAL ET DE LA SANTÉ

La présentation des travailleurs du social et de la santé est réalisée pour les besoins de l'analyse à partir des données disponibles et agrégeables. Le tableau qui en résulte, qui se veut panoramique à ce stade, n'est pas totalement exhaustif du fait de la disparité des éléments statistiques et des données qualitatives mobilisables. Les données servant de support à cette présentation se trouvent pour l'essentiel rassemblées sous formes de tableaux et de fiches techniques annexées au présent rapport. Si elles présentent l'avantage de se faire une idée relativement conforme à la réalité de la configuration du secteur, on se doit de souligner qu'elles résultent de l'agglomération des informations statistiques disponibles, et qu'elles se réfèrent à des dates et des sources documentaires diverses.

A - LES PROFESSIONS SOCIALES ET DE SANTÉ

Les professions sociales et de santé regroupent approximativement 2 500 000 personnes au total, qui englobent les salariés et les non salariés, font masse des différents statuts ainsi que de l'exercice à temps plein ou à temps partiel des professions qui composent le secteur. Ces professions représentent ainsi près de 9,4 % de la population active.

1. Typologie des professions

Parmi les 31 professions sociales et de santé répertoriées, six d'entre elles représentent 73 % des effectifs de santé et du social, soit près de 1 700 000 personnes recensées en 2002 : infirmiers, aides soignants, assistantes maternelles, agents de service hospitalier, médecins et aides ménagères/auxiliaires de vie sur l'ensemble des effectifs de ces professions. Au 1^{er} janvier 1998, on pouvait estimer à environ 800 000 le nombre de travailleurs sociaux en activité ayant un statut reconnu.

1.1. Les professions de santé

Les professions de santé comprennent les professions réglementées et d'autres professions non-réglémentées. La définition des professions de santé réglementées s'appuie sur leur conception juridique : « *les professions de santé regroupent les seuls professionnels médicaux et paramédicaux dont le droit d'exercice et les actes sont réglementés par une disposition ou par un texte pris en application de la loi* »²⁵. C'est le Code de la santé publique qui réglemente ces différentes professions médicales et auxiliaires médicaux et de pharmacie. Quatorze professions y sont recensées. D'autres professions de santé interviennent dans la production de service de santé, sans pour autant être réglementées par le Code de santé publique : aide soignant, ambulancier, agent

²⁵ Mission Démographie des professions de santé, novembre 2002, Rapport Berland.

hospitalier notamment. Il existe ainsi un vide juridique concernant l'exercice de ces professions, qui d'un point de vue légal n'apparaissent pas comme professions de santé, mais y sont apparentées. On estime au total à près de 1 700 000 le nombre de professionnels de la santé en France en 2003, professions réglementées et non-réglementées comprises.

Parmi les 17 professions de santé, quatre d'entre elles regroupent près de 1 300 000 personnes, soit 75 % de l'ensemble des effectifs. Les infirmiers avec plus de 430 000 individus constituent la première profession de santé (25 % des effectifs). Viennent ensuite les aides soignants (23 %), les agents de services hospitaliers (14 %) et les médecins (12 %).

L'augmentation des emplois du secteur depuis 1985²⁶ s'établit à 31,3 %, ce qui représente un rythme annuel moyen de 1,8 % sur 17 ans. Les évolutions par profession sont toutefois très contrastées : la croissance des effectifs des professions médicales a été forte (65 % pour les sages-femmes, 35 % pour les médecins et 16 % pour les dentistes). Elle est plus forte encore pour la plupart des professions paramédicales : doublement du nombre d'orthoptistes, augmentation de 98 % pour les pédicures-podologues, de 62 % pour les orthophonistes, de 60 % pour les masseurs-kinésithérapeutes et de 43 % pour les infirmiers. Enfin, on constate que le nombre d'aides-soignants²⁷ a également beaucoup augmenté (74 %), en lien avec l'augmentation du nombre d'actes sollicités par la population.

1.2. Les professions sociales et médico-sociales

L'expression « travailleur social » est un terme générique qui permet de regrouper sous un vocable unique un ensemble de professions en réalité très variées, dont les effectifs sont loin d'être comparables en masse. Quatre grandes familles de professionnels peuvent ainsi être distinguées au regard des missions principales exercées : les professions éducatives, les professions de l'aide, les professions chargées de l'animation et les assistantes maternelles dont une partie spécialisée dans le domaine de l'action sociale.

De manière analogue au secteur de la santé, il existe au sein des 14 professions du social recensées une sur-représentation de certaines d'entre elles. Deux professions représentent ainsi 70 % des effectifs : les assistantes maternelles, qui regroupent près de la moitié des effectifs (47 %) et les aides ménagères et auxiliaires de vie (22 %).

L'essor des professions sociales au cours des trente dernières années est spectaculaire, avec des évolutions contrastées selon les professions et les périodes. La plus ancienne des professions sociales, celle d'assistant de service social est sanctionnée par un diplôme d'Etat, qui a été institué en 1932. L'évolution des effectifs de la profession est connue sur longue période. Ainsi, au cours des années 1970, les effectifs ont augmenté d'un peu plus de 50 %. Pendant les deux décennies suivantes, la croissance s'est poursuivie mais de

²⁶ *Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003*, étude réalisée par la DREES.

²⁷ *330 000 aides-soignantes en 1999*, Eve Roumiguières, Etudes et Résultats, n° 54, mars 2000, DREES.

façon plus ralentie : + 17 % entre 1980 et 1990 et + 13 % entre 1990 et 1998, date à laquelle on dénombre 38 000 professionnels.

Pour les professions éducatives, si l'évolution des effectifs ne peut être reconstituée avec la même précision sur une longue période faute d'informations exploitables, des tendances peuvent toutefois être avancées pour les éducateurs spécialisés, les moniteurs éducateurs et les aides médico-psychologiques. Les éducateurs spécialisés ont ainsi connu une très forte croissance de leurs effectifs dans les années 1970, une croissance forte dans les années 1980 et une croissance modérée dans les années 1990. Pour les moniteurs éducateurs, la croissance des effectifs a été très forte jusqu'au milieu des années 1980 avant de se stabiliser relativement. Enfin, depuis les années 1970, les aides médico-psychologiques connaissent une très forte dynamique qui s'est accélérée dans les années 1990.

Aujourd'hui, le nombre d'éducateurs spécialisés est beaucoup plus important que celui d'assistants de service social : 55 000 pour 38 000. Ce ne fut pas toujours le cas, le basculement ayant eu lieu dans la seconde moitié des années 1970. Déjà en 1974 et du fait des mesures d'adaptation prises à cet effet, le nombre de personnes obtenant le diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé était devenu supérieur à celui de celles obtenant le diplôme d'assistant de service social. Pour autant, on observe aujourd'hui que les éducateurs spécialisés diplômés en exercice ne sont pas en nombre suffisant au regard des postes inscrits aux budgets qui exigent cette qualification, ce qui conduit dans de nombreux cas des salariés non diplômés à exercer sur ces emplois disponibles, en tant que faisant-fonction.

2. Les personnels spécialisés de l'Education nationale

A côté des professions de santé et des professions sociales identifiées au regard des structures dans lesquelles les personnels exercent majoritairement, une catégorie de personnels justifie un développement particulier, dans la mesure où elle constitue en quelque sorte une illustration de la nécessaire porosité des deux secteurs ainsi que le caractère transversal de certaines activités, dès lors que celles-ci ambitionnent d'aider les personnes, et en l'occurrence les enfants, atteints de maladies, de handicaps, ou encore rencontrant des difficultés sociales, à s'insérer dans la vie sociale, en les maintenant à la faveur d'un soutien individualisé et dans la mesure du possible en milieu ordinaire.

Pour ce faire, l'Education nationale affecte en milieu scolaire ordinaire ou intégré, tout comme elle l'organise en milieu hospitalier, des enseignants qualifiés prenant en charge des enfants rencontrant des difficultés d'ordre sanitaire ou social. Ces maîtres, formés de manière spécifique au soutien et à l'intégration de ces enfants, sont recrutés par l'établissement employeur et agréés par le rectorat dans le cadre de contrats simples passés avec l'inspection académique, voire plus rarement dans le cadre de contrats d'association visant globalement les classes où sont intégrés les enfants nécessitant un soutien spécialisé pour leur instruction scolaire.

Enfin, l'Education nationale met à disposition des écoles et des services pédiatriques hospitaliers des personnels éducatifs formés spécifiquement à ces modalités de prise en charge, comme elle le fait à destination des associations gérant les établissements et services sociaux et médico-sociaux, afin d'assurer à l'intérieur de ceux-ci la scolarité des enfants ou pour les accompagner dans leur scolarité à l'extérieur. La spécialisation de ces enseignants est assurée par les services de formation des maîtres spécialisés, même si dans les faits, de nombreux personnels arrivent dans les établissements et services avec comme base leur seule formation d'enseignant.

3. Une multiplicité de statuts des professionnels pour une diversité de modalités d'emploi

Le nombre important de professions, doublé d'une diversité de statuts juridiques (public, privé non-lucratif et lucratif) et d'emploi (activité salariée ou libérale, indépendants), illustre l'étendue et la complexité du champ des professions sociales et de santé. En termes de conditions d'emploi, on peut en effet distinguer :

- le secteur sous statut, correspondant aux trois fonctions publiques ;
- le secteur « historique » associatif, qui offre des conditions d'emploi quasiment identiques dans les faits au secteur sous statut, du fait d'un certain alignement de la couverture conventionnelle sur le statut des personnels de la Fonction publique ;
- enfin, le secteur privé à but lucratif, plus récemment apparu dans le périmètre de l'activité sanitaire et sociale.

3.1. Les professions de santé

Les professions de santé se répartissent principalement dans deux secteurs d'activité : le secteur salarié hospitalier et l'activité libérale. L'activité salariée hospitalière, qu'elle relève de la fonction publique hospitalière ou encore du secteur privé lucratif ou non lucratif, regroupe près de la moitié des effectifs des professions de santé réglementées, soit un total de 430 000 personnes. Près de trois quarts de cette population, soit 315 000 personnes, est constitué d'infirmiers.

L'activité libérale concerne 38 % des professions de santé, soit environ 340 000 personnes, parmi lesquelles 125 000 médecins. Si les pédicures podologues, chirurgiens dentistes, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes figurent parmi les professions où l'activité libérale est prépondérante, les infirmiers représentant néanmoins une part non négligeable de l'activité libérale du secteur. Le dernier secteur, qui représente 14 % des professions de santé, regroupe pour l'essentiel les effectifs de santé employés en tant que salariés en dehors du secteur hospitalier (Etat et collectivités territoriales, entreprises).

S'agissant plus particulièrement des 200 000 médecins en activité, un rapport récent de l'Ordre des médecins²⁸ fait apparaître la répartition suivante : 52 % sont des omni-praticiens, dont 56 % exercent en libéral exclusif, 7 % en exercice mixte et 26 % en salariat pur, le solde étant constitué de médecins n'ayant pas déclarés d'activité.

En ce qui concerne les spécialistes, 35 % exercent en activité libérale exclusive, 14 % ont une activité mixte, et 47 % exercent en activité salariée seule. De la même manière, le solde est constitué de spécialistes n'ayant pas déclaré d'activité.

Ces chiffres confirment l'exercice majoritaire de la médecine générale en libéral et celui de la médecine de spécialité en salariée.

3.2. Les professions sociales

Les emplois du travail social (hors assistantes maternelles) se répartissent entre le secteur privé à hauteur de 68 % et le secteur public à hauteur de 32 %. Ce chiffre cache des disparités assez importantes selon les professions. Ainsi les emplois d'assistants de service social relèvent à 70 % du secteur public.

Les travailleurs sociaux sont le plus souvent employés par l'État, les collectivités territoriales et des associations. Pour les assistants de service social et les éducateurs de jeunes enfants, la majeure partie des employeurs est publique. C'est sans doute également le cas pour les animateurs, mais le caractère non exhaustif de leur dénombrement appelle à la prudence. Pour les autres professions sociales, les employeurs privés l'emportent numériquement.

3.3. Les statuts réglementaires et conventionnels du secteur

Agents de la fonction publique hospitalière ou de la fonction publique territoriale, les personnels fonctionnaires et assimilés du secteur sanitaire et social sont régis par des grilles de salaires et des règles statutaires équivalentes, les primes et les indemnités diverses pouvant apparaître comme un facteur de différenciation. Les fonctions publiques utilisent également d'autres statuts, correspondant à l'emploi de contractuels et de vacataires. Enfin, l'emploi de personnels étrangers dont la qualification n'est pas toujours reconnue en France est également une modalité utilisée, notamment s'agissant de suppléer aux carences dans le recrutement sur des postes d'activité médicale et soignante.

Dans le secteur privé, les salariés du secteur relèvent de conventions collectives. Dans le secteur médico-social (privé ou associatif non lucratif) deux conventions collectives (celles de 1951 et de 1966) parmi les six principales sont les plus largement appliquées. Dans le secteur hospitalier privé lucratif, la Convention collective unique (CCU), signée et étendue en 2002, qui harmonise les cinq conventions collectives préexistantes, est applicable à l'ensemble des établissements du secteur.

Ainsi, si près de la moitié des assistants de service social appartiennent à la fonction publique territoriale, on observe que près de 60 % des éducateurs spécialisés (32 000 personnes) relèvent de la convention collective de 1966.

²⁸ Rapport de la Commission nationale permanente, rapporteur D' Patrick Bouet, 14 juin 2003.

Dans les faits, dans le secteur privé, qu'il s'agisse d'hôpitaux, de cliniques ou d'autres types de structures sanitaires, sociales ou médico-sociales, la diversité des statuts est marquée. Globalement, les rémunérations, à postes équivalents, sont actuellement estimées inférieures de 10 à 20 % à celles du secteur public. Dans tous les cas, les salaires et les plans de carrière dépendent étroitement de la convention collective à laquelle est rattaché l'établissement.

Enfin, s'agissant de l'activité libérale, la rémunération s'effectue à l'acte dans un système de prise en charge socialisée. Le tarif est le plus souvent imposé, après négociation des professionnels avec la Caisse d'assurance maladie, en fonction de la prescription médicale du médecin. Selon ce principe, le revenu dépend du carnet de rendez-vous, du nombre d'heures d'activité et de la manière de travailler du professionnel. Certaines professions permettent en outre les dépassements d'honoraires, pris en charge par l'assuré et la couverture complémentaire. Pour le professionnel, une fois déduites les charges et les frais de structures, la rémunération nette correspond globalement à 50 % des honoraires.

4. Présentation des activités, des objectifs, des obligations

4.1. Les professions de santé

Les professions de santé se déclinent en filières, sous une forme pyramidale. Au sommet se trouve la filière médicale, qui regroupe les docteurs en médecine, en chirurgie dentaire et en pharmacie. Viennent ensuite les filières de soins et de rééducation, où l'on trouve les diverses professions paramédicales. On retrouve enfin à la base de la pyramide différentes professions complétant le travail des professions précédentes. Il existe donc une organisation verticale et horizontale fortement hiérarchisée et cloisonnée, où se situe en amont l'activité médicale et d'où découlent différentes activités se complétant.

Après 6 ans d'études communes, les médecins deviennent généralistes en 3 ans de formation supplémentaires ou spécialistes en 5 années (on recense aujourd'hui 43 spécialités). La médecine est une profession à choix multiples, généraliste ou spécialiste, en libéral ou salarié, et ses modes d'exercice sont très diversifiés. Le travail des médecins consiste autant en la prévention qu'en soins médicaux et chirurgicaux.

Les infirmiers illustrent la filière soins. Devant les avancées du savoir médical et l'efficacité thérapeutique observées dans les trois dernières décennies du XIX^e siècle, les services hospitaliers sont réaménagés et deviennent de véritables lieux de traitement. Les médecins vont être amenés à déléguer des actes pratiqués jusqu'alors par eux seuls. C'est à partir de ce moment-là que le rôle de l'infirmier commence à être évoqué. Le travail des infirmiers vient donc appuyer le travail des médecins, mais leur rôle reste limité dans les textes par un décret de compétences²⁹ relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Les infirmiers peuvent ensuite se spécialiser : infirmier anesthésiste, infirmier de bloc opératoire, puéricultrice.

²⁹ N° 2002-194 du 11 février 2002.

Les masseurs kinésithérapeutes relèvent de la filière de rééducation. Le masseur-kinésithérapeute décide, à partir de la prescription médicale, de la thérapeutique pertinente, en utilisant les méthodes et techniques qu'il juge appropriées aux besoins du patient. Ils engagent au travers des actes de soin pratiqués un projet d'éducation et de rééducation du patient. De la même façon que pour les infirmiers, leur activité est encadrée par un décret³⁰ relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession.

4.2. *Les professions sociales*

Le travail social s'est construit autour de professions traditionnelles centrées sur la famille (assistante sociale), l'éducation (éducateur) et l'animation (animateur). Ce « noyau dur » des professions sociales s'est progressivement professionnalisé, avec notamment la reconnaissance de diplômes par l'Etat, relativement stabilisés depuis une trentaine d'années.

Depuis lors, le travail social s'est néanmoins vu confier de nouvelles missions, contribuant à l'émergence de nouvelles professions sociales. C'est tout d'abord le secteur de l'aide à la personne qui s'est développé, avec notamment l'essor de l'aide au maintien à domicile et la création en 1991 d'un Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile. Par ailleurs, la territorialisation de l'action sociale couplée à la mise en œuvre de politiques sociales transversales ont favorisé l'apparition de nouvelles activités du social, en grande partie liées à la politique de la ville. Ces dernières activités n'offrent guère de formations diplômantes.

L'émergence de nouvelles activités sociales et les réformes progressives des formations témoignent de cette évolution du paysage, et conduisent à s'interroger sur l'adéquation entre les formations actuelles et les besoins quantitatifs et qualitatifs. D'une part, on observe une extension considérable des publics touchés par l'action sociale, les effets de la décentralisation, ou encore le développement des politiques transversales impliquant de nouveaux acteurs institutionnels porteurs de logiques et de cultures différentes. On observe par ailleurs une complexification des modes de financement et une certaine précarisation budgétaire des domaines ne correspondant pas directement à des dispositifs réglementaires.

Les répercussions en termes de mission peuvent être résumées en quelques points. D'une part, on observe le passage d'une logique promotionnelle, visant selon la réflexion de Robert Castel³¹ à aider les plus défavorisés à intégrer le droit commun à une logique réparatrice, visant à limiter les effets de la désaffiliation. D'autre part, les actions sont moins centrées sur l'aide directe à la personne qu'ouvertes sur le milieu (développement social local et insertion par l'économique), nécessitant, dans le cadre de la gestion de dispositifs, le développement de pratiques plus partenariales. Enfin, l'exercice des missions doit prendre en compte les droits des usagers, ainsi que leur participation active aux projets qui les concernent, les notions de projet, de contrat et d'évaluation constituant de ce point de vue le fil conducteur de la loi du 2 janvier 2002.

³⁰ N° 2000-577 du 27 juin 2000.

³¹ Sociologue, directeur d'études à l'Ecole des hautes études en sciences sociales.

5. Les différents lieux d'exercice des professions du secteur et la répartition géographique

5.1. Les professions de santé

Les médecins, ainsi que la majeure partie des professionnels de santé ont la possibilité à l'issue de leurs études d'exercer dans une diversité de lieux. Les médecins peuvent s'installer en libéral, seuls ou en association avec d'autres professionnels de santé au sein d'un cabinet médical. Les médecins libéraux peuvent également exercer en clinique. L'exercice libéral est également une donnée importante pour un certain nombre de professions para-médicales, telles que les kinésithérapeutes, et tend à se développer pour d'autres, telles que les psychomotriciens. Enfin, une partie des professionnels opte pour un exercice mixte, se partageant entre sphère publique, associative ou mutualiste, et une intervention libérale.

Les médecins salariés peuvent travailler en milieu hospitalier. Dans le cadre de la santé publique, ils peuvent également exercer au sein d'administrations, d'organismes publics, para-publics ou associatifs. C'est notamment le cas des médecins du travail, qui exercent dans des services de médecine du travail autonomes ou dans des services inter-entreprises. Ils peuvent de la même manière intervenir dans le cadre de la médecine scolaire, de la protection maternelle et infantile, de la médecine en milieu carcéral, ou encore en tant que médecins conseils de la sécurité sociale ou qu'inspecteurs de la santé publique. Dans les faits, l'hôpital demeure le principal secteur d'activité des professions de santé réglementées et représente 47 % des emplois. Toutefois, lorsque les créations de poste ne sont pas suffisantes pour couvrir les besoins ou que les postes ne sont pas pourvus, il est fréquent que les services gèrent la pénurie en utilisant les vacations, les CDD, l'intérim et les temps partiels. Parallèlement, pour répondre à une demande qui croît et se transforme, l'exercice libéral continue de se développer.

Plus précisément, trois grands types de structures cohabitent : quelques 1 000 hôpitaux publics, qui regroupent la majeure part des effectifs ; les établissements privés à but non lucratif (de type Croix-Rouge ou établissements associatifs et mutualistes) ; les cliniques privées commerciales ou à but lucratif. De multiples autres structures accueillent également pour les besoins de leur activité du personnel de santé, le plus souvent à temps partiel sur des fonctions de soins, de rééducation ou de secrétariat médical.

Du point de vue de la répartition géographique, les communes rurales, qui représentent 24,4 % de la population totale, ne comptent qu'environ 7 % des professionnels de santé réglementés par le Code de la santé publique et 13,5 % des professionnels de santé libéraux. Les professionnels de santé sont donc concentrés dans les agglomérations.

Par ailleurs, malgré la croissance du nombre de médecins et la réduction des inégalités régionales en matière de densité médicale, une frontière sépare encore nettement l'Ile-de-France et le Sud-Est de la France des régions du Nord, moins favorisées. Au 1^{er} janvier 2002, on compte ainsi 335 médecins pour 100 000 habitants sur l'ensemble du territoire, avec des densités régionales variant de 424 en Ile-de-France et 416 en Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) à 251 en région Picardie et 265 en Haute-Normandie.

Les écarts constatés dans l'offre de soins sont plus limités en ce qui concerne les médecins généralistes qu'en ce qui concerne les spécialistes. Les disparités sont encore plus significatives au niveau départemental pour l'offre de soins des médecins spécialistes du fait de leur propension à exercer dans les départements accueillant une ville universitaire³².

5.2. *Les professions sociales*

Les travailleurs sociaux exercent leur profession dans un grand nombre d'organismes, d'établissements et de services sociaux, médico-sociaux ou sanitaires en faveur de personnes en situation de handicap, âgées, malades, ou difficulté sociale. La profusion et la variété de ces lieux d'exercice, bien souvent financés directement ou indirectement par des fonds publics, ne facilitent pas la description de leur milieu professionnel. Néanmoins, chaque profession conserve des secteurs d'activité privilégiés, voire de lieux d'exercice qui lui sont propres. Pour les assistants de service social, les Conseils généraux constituent le principal secteur d'activité puisqu'ils emploient au 1^{er} janvier 1998 un peu plus de quatre assistants de service social sur dix. Viennent ensuite les ministères, les organismes de protection sociale et les établissements de santé. Les ministères de l'Education nationale, de la Justice, de la Défense, et de l'Emploi et de la solidarité emploient ainsi 87 % des 4 700 assistants de service social exerçant au sein d'une administration.

Les établissements d'éducation spéciale pour enfants handicapés, les établissements et services pour enfants en difficulté sociale sont les deux grands secteurs d'activité des éducateurs spécialisés. Ils emploient près de six éducateurs sur dix. Les éducateurs spécialisés concentrent donc leurs activités dans des structures prenant en charge des enfants et adolescents. A eux seuls, les établissements pour enfants déficients intellectuels et les maisons d'enfants à caractère social emploient un tiers des éducateurs. Les éducateurs sont néanmoins également présents dans d'autres lieux : Conseils généraux, communes, établissements de santé, ministère, etc.

³² Les facteurs contribuant à expliquer les écarts de densité et leurs évolutions (*numerus clausus*, taux de réussite à l'internat, population, mobilité des professionnels...) sont notamment analysés par Annick Vilain et Xavier Niel : *Les inégalités régionales de densités médicales : le rôle de la mobilité des jeunes médecins*, Etudes et Résultats, n° 30, septembre 1999, DREES, et par Xavier Niel : *Les facteurs qui influencent la démographie médicale au niveau régional*, Cahiers de Sociologie et de Démographie médicale, n° 2, pp. 141-172, avril-juin 2001.

Les moniteurs éducateurs sont dans leur grande majorité employés par les établissements d'éducation spéciale pour enfants handicapés, par les établissements pour adultes handicapés et par les établissements pour enfants en difficulté sociale.

Les deux tiers des aides médico-psychologiques et presque neuf moniteurs d'atelier sur dix travaillent pour leur part dans des établissements pour adultes handicapés.

Les assistantes maternelles spécialisées dans l'accueil de la petite enfance à la journée travaillent soit dans le cadre de crèches familiales, soit à leur domicile lorsqu'elles sont directement recrutées par les familles. Les assistantes maternelles peuvent par ailleurs assurer une garde de jour et de nuit d'enfants en difficulté sociale ou handicapés, et au sein de placements familiaux et éducatifs ainsi que dans les services départementaux de l'aide sociale à l'enfance.

Enfin, les services de travailleuses familiales et d'aides ménagères emploient la plupart des aides ménagères et des techniciens de l'intervention sociale.

B - LES FORMATIONS SOCIALES ET DE SANTÉ

1. Les formations professionnelles initiales et continues, par l'alternance

1.1. Les professions de santé

S'agissant du domaine de la santé, on compte à titre principal les diplômes correspondant à ces professions : le Diplôme d'Etat de docteur en médecine, le Diplôme d'Etat de docteur en chirurgie-dentaire, le Diplôme d'Etat de docteur en pharmacie, le Diplôme d'Etat de sage-femme, le Diplôme d'Etat d'infirmier, le Diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire, le Diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste, le Diplôme d'Etat de puéricultrice, le Diplôme d'Etat d'ergothérapeute, le Diplôme d'Etat de manipulateur-électroradiologie, le Diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute, le Diplôme de préparateur en pharmacie, le Diplôme d'Etat de pédicure-podologue, le Diplôme d'Etat de psychomotricien, le Certificat de capacité d'orthophoniste, le Certificat de capacité d'orthoptiste, le Diplôme d'Etat d'audioprothésiste, le Brevet de technicien supérieur de diététicien, le Brevet de technicien supérieur d'opticien lunetier, le Diplôme de technicien de laboratoire biologique.

Huit professions sont soumises à des limitations nationales d'effectifs : *numerus clausus* pour les étudiants en médecine (5 600 postes pour 2004), en pharmacie (2 600 postes), les chirurgiens-dentistes (930 postes), quotas pour les sages-femmes (975 postes), les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes et les psychomotriciens. Pour les autres professions de santé et assimilées, les centres de formation eux-mêmes définissent localement des capacités d'accueil.

1.2. Les professions sociales

Le domaine de la formation initiale et continue des travailleurs sociaux est très vaste. Il concerne les formations et diplômes mis en place sous le contrôle direct du ministère de l'Emploi et de la solidarité, les formations et diplômes relevant d'autres ministères (Education nationale, Jeunesse et sports, Justice), les politiques de formation relevant des régions, les formations professionnelles continues initiées par les partenaires sociaux de la branche et les Organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA), les formations professionnelles mises en œuvre dans le cadre des politiques d'aide au retour à l'emploi.

On compte onze diplômes en travail social relevant du ministère de l'Emploi et de la solidarité, à savoir le Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale (CAFDES), le Diplôme supérieur en travail social (DSTS), le Diplôme d'Etat d'assistant de service social (DEASS), le Diplôme de conseiller en économie sociale et familiale (DCESF), le Diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé (DEES), le Certificat d'aptitude aux fonctions d'éducateur technique spécialisé (CAFETS), le Diplôme d'Etat d'éducateur de jeunes enfants (DEEJE), le Certificat d'aptitude aux fonctions de moniteur éducateur (CAFME), le Diplôme de technicien de l'intervention sociale et familiale (DTISF), le Certificat d'aptitude aux fonctions d'aides médico-psychologique (CAFAMP) suivi du Diplôme d'Etat d'auxiliaire de la vie sociale (DEAVS) - ex CAFAD -. On peut ajouter à cela le Diplôme d'Etat relatif aux fonctions d'animation (DEFA), qui relève principalement du ministère de la Jeunesse et des sports.

S'agissant de l'insertion des sourds et des aveugles, signalons les doubles formations qualifiantes du ministère de la Santé : le Certificat d'aptitude au professorat de l'enseignement aux jeunes sourds (CAEPJS) et le Certificat d'aptitude à l'enseignement général des aveugles et des déficients visuels (CAEGADV).

De son côté, l'Education nationale a également mis en place le CAPSAIS, devenu le Certificat d'aptitude professionnelle à l'enseignement des élèves à besoins éducatifs particuliers (CAPEBEP).

Le dispositif de formation est structuré autour de deux principaux pôles : un premier pôle construit et stabilisé autour des formations historiques, formations de niveau III, principalement financées par l'Etat ; et un second pôle plus récent qui reste fragile, organisé autour des formations de niveau V, qui ne bénéficie pas de financements au titre de la formation initiale.

2. Les modalités de formation dans le secteur social

Les formations sociales sont actuellement dispensées dans 313 établissements de formation de travailleurs sociaux répartis sur le territoire. 136 d'entre eux préparent, dans le cadre de la formation initiale, à l'exercice des professions suivantes : assistant de service social, éducateur spécialisé, éducateur de jeunes enfants, éducateur technique spécialisé, conseiller en économie sociale et familiale, moniteur éducateur, technicien de l'intervention sociale et familiale et auxiliaire de vie sociale.

Le trait caractéristique de la formation initiale de ce secteur est son ancrage dans le monde professionnel, notamment du fait de l'alternance. L'une des autres principales forces du système est l'instauration de la transversalité ainsi que de passerelles, matérialisées par l'existence de formations communes entre formations sociales de même niveau. Les passerelles permettent de tenir compte des acquis d'une formation pour aménager et alléger un cursus dans une autre formation. De la même façon, la mise en œuvre de la validation des acquis professionnels permet de reconnaître la valeur formatrice des expériences professionnelles. Enfin, on observe depuis quelques années un développement de la formule de l'apprentissage, appliquée à la formation des éducateurs spécialisés à titre expérimental dans plusieurs régions de France métropolitaine. Ce dispositif fait l'objet de négociations pour être étendu à d'autres régions afin de devenir l'une des voies d'accès à la formation d'éducateur spécialisé.

3. Les modes de financement de la formation

Les différentes modalités d'accès à la formation, initiale ou professionnelle, induisent des sources de financement différenciées.

3.1. Les professions de santé

S'agissant du secteur médical, le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées consacre chaque année une dotation pour la formation, le recyclage et les bourses des professions médicales et paramédicales. Cette dotation se répartit entre les écoles de formation des sages femmes et des professionnels paramédicaux, les étudiants en médecine, en odontologie et en pharmacie, les années-recherche de l'internat en médecine et en pharmacie, la formation continue des professions médicales et paramédicales et les bourses des professions paramédicales et sages femmes. Les crédits proposés dans le cadre du projet de loi de finances 2004 représentent près de 146 millions d'euros, en augmentation de 3,38 % entre 2000 et 2004.

Les modes de financement des instituts et écoles de formation de professionnels paramédicaux diffèrent selon qu'ils sont ou non intégrés à un établissement hospitalier. Les instituts et écoles publics qui relèvent d'un établissement hospitalier sont financés par l'assurance maladie, les instituts et écoles privés sans support hospitalier sont essentiellement financés par une subvention de l'Etat. Les crédits sont répartis entre les structures de formation publiques et privées. On recense 460 structures publiques, 30 structures privées avec un support hospitalier, et 75 structures publiques ou privées sans support

hospitalier. L'Etat finance les stages extra-hospitaliers des internes en médecine et en pharmacie, les stages des résidents en dehors du milieu hospitalier ainsi que les rémunérations des résidents en médecine à l'occasion de leurs stages. Le dispositif d'année-recherche permet à des internes en médecine, pharmacie et odontologie d'acquérir, pendant un an, une formation à la recherche en préparant un diplôme d'études approfondies. Enfin, l'Etat finance les bourses d'autres types de formations de santé, hors médecine. Le montant de la bourse à taux plein s'élevait pour la rentrée scolaire de septembre 2003, à 3 262 euros. On comptait 18 310 boursiers à taux plein en 2002.

A la suite de la concertation engagée avec l'ensemble des partenaires concernés sur l'organisation de la formation médicale continue, des modifications ont été insérées dans le projet de loi relatif à la politique de santé publique qui touchent :

- à la finalité de la formation médicale continue et notamment à l'amélioration de la qualité des soins, en particulier dans le domaine de la prévention ;
- aux moyens de satisfaire à l'obligation de formation ;
- à la suppression du Fonds national de la formation médicale continue ;
- et enfin à l'organisation régionale de la formation. La gestion administrative des instituts et écoles de formations des professions paramédicales et des sages femmes va être confiée aux régions dans le cadre du projet de décentralisation actuellement en préparation. L'Etat reste garant de la définition des programmes pédagogiques et de la valeur des diplômes.

Le ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées a installé début 2004 les trois Conseils nationaux de formation médicale continue (hospitaliers, libéraux et salariés), faisant suite au décret publié en novembre 2003 instituant la formation médicale continue obligatoire. Un décret devrait également prochainement voir le jour, s'agissant de l'agrément de l'organisation régionale de la formation continue. Enfin, plusieurs groupes de travail ont commencé leurs travaux à la DHOS pour préparer l'ouverture de la validation des acquis de l'expérience pour l'accès au diplôme d'aide-soignant.

3.2. Les professions sociales

S'agissant du financement des formations initiales du secteur social, l'Etat garantit aux établissements le financement des dépenses de fonctionnement afférentes à ces formations, les crédits faisant l'objet d'une gestion déconcentrée au niveau régional. Sur les 136 établissements de formation, 102 sont ainsi financés par le ministère des Affaires sociales, les autres relevant, notamment, du budget de l'Education nationale. Le taux de croissance annuel moyen des crédits de dotation entre 2000 et 2004 a été de 6 %, pour un total de 154 millions d'euros de dotation prévus en 2004. A cela, s'ajoutent les moyens consacrés aux bourses, incluant la rémunération des stagiaires en travail social. A titre d'exemple, le montant de la bourse d'études en travail social au cinquième

échelon était en 2002 de 3 456 euros, et concernait 5 838 élèves. Le taux de boursiers est passé de 20,3 % à la rentrée 2001 à 22,9 % à la rentrée 2002, se rapprochant ainsi de celui constaté dans l'enseignement supérieur (26 %).

Le financement de l'Etat aux établissements de formation représentait en 2001, près de 94,4 % du financement public, auquel s'ajoute celui des Conseils généraux, des Conseils régionaux et d'autres collectivités territoriales. A l'échelon local, les collectivités territoriales développent un soutien au fonctionnement ou à l'investissement dans les centres de formation et accordent des aides directes aux étudiants. Sa mise en œuvre a été engagée dès 2002 et a fait l'objet de déclinaisons en schémas régionaux.

S'agissant du financement de la formation professionnelle continue, dont une part importante correspond à des actions de formation initiale diplômantes, suivies tout en occupant un emploi du secteur, la prise en charge des personnes en formation professionnelle relève des dispositions de droit commun. La formation continue incombe aux employeurs, via les OPCA du secteur social, avec une participation de l'Etat. C'est ainsi que les deux OPCA du secteur (Promofaf et Uniformation) ont consacré en 1998 1,9 million d'heures à des formations qui, sans être toujours directement diplômantes, contribuent de manière essentielle à la qualification des personnels. Rapportées à une population proche de 100 000 personnes, ces formations représentent près de 20 heures par an et salarié. Les OPCA jouent par ailleurs un rôle essentiel dans le financement des formations conduisant à un diplôme, soit par le biais du plan de formation, soit par celui de l'alternance, soit encore par le congé individuel de formation. Ils contribuent ainsi à environ 5 % à la prise en charge des effectifs en formation diplômante sur les postes de niveau III. A titre d'exemple, Promofaf a financé en 2002, 6 400 formations diplômantes.

Le projet de loi relatif aux responsabilités locales, en cours d'examen devant le Parlement, prévoit le transfert aux régions de la responsabilité des formations en travail social à compter du 1^{er} janvier 2005. Dans ce cadre, la répartition des compétences et des responsabilités respectives de l'Etat et de la région devraient être fixées de la manière suivante : l'Etat conserverait une compétence de certification, ainsi qu'une compétence d'enregistrement et de contrôle pédagogique des établissements de formation en travail social, dans la mesure où il est garant de la qualité des titres et diplômes nationaux du travail social qui sont désormais tous délivrés en son nom et dont certains donnent accès à des professions réglementées. La région définirait et assurerait la mise en œuvre de la politique de formation des travailleurs sociaux (organisation de l'offre de formation, agrément et financement des établissements de formations initiales, attribution des bourses en travail social).

4. Les relations entre emploi et formation

Il existe un important lien entre formations sociales et emploi. En effet, la majeure partie des personnes formées dans le secteur y exercent durablement.

La construction de la qualification a reposé et repose encore pour une très large part sur un lien étroit entre les formations donnant lieu à certification, que celle-ci soit acquise préalablement à l'accès à l'emploi ou en cours d'emploi. De

manière générale, on peut soutenir que l'insertion des diplômés n'est pas en soi problématique, du fait de la conjonction de différents facteurs : il existe une demande de professionnels qualifiés non satisfaite, les personnes formées dans le secteur y exercent majoritairement, et enfin la proportion d'intervenants titulaires d'un diplôme de travail social demeure globalement très importante, et ce même si le stock de non diplômés est manifestement difficile à résorber dans certains secteurs, tels que l'aide à domicile, ou sur certains emplois. Ainsi, quelques 11 % de personnels faisant-fonction d'éducateurs spécialisés ont pu être repérés à l'occasion des travaux du Contrat d'étude prospective réalisé dans le champ du secteur sanitaire et médico-social, avec des disparités régionales qui peuvent parfois s'avérer très importantes.

Il existe toutefois de grandes disparités selon le niveau d'emploi. Pour les emplois de niveau V, qui ont considérablement augmenté ces dernières années, on constate que l'accès à l'emploi est de moins en moins acquis par le biais d'un diplôme initial. L'emploi ne repose pas sur une qualification. Pour les emplois de niveau III, l'accès à l'emploi reste en revanche majoritairement lié l'obtention d'un diplôme. Les emplois de niveau III reposent sur une logique de certification et de qualification, qui favorise la stabilité du champ professionnel. Les emplois de niveau V reposent plus sur un modèle de compétence individualisée.

C - LES PROFESSIONNELS DU SECTEUR

1. Les caractéristiques socio-démographiques des personnels du secteur

1.1. Caractéristiques générales

a) Les professions de santé

L'un des traits majeurs caractérisant l'ensemble des professions de santé est leur vieillissement. Alors que les personnes de moins de 35 ans étaient majoritaires en 1983 (52,5 %), elles ne représentent plus que 28 % de l'ensemble des effectifs début 2002. La part des 55 ans et plus est élevée pour les professions qui exercent en libéral, pour certains d'entre eux après des études longues (médecins, pharmaciens, dentistes, masseurs-kinésithérapeutes). Parmi les professions salariées, elle est relativement élevée pour les agents de service hospitalier (10 %) alors qu'elle ne dépasse pas 5 % pour les aides-soignantes. La part de médecins salariés retrouve en 2002 son niveau de 1985 (39,9 %), après avoir diminué jusqu'à 36,7 % en 1992. La part des salariés a toutefois connu des évolutions assez différentes chez les généralistes et les spécialistes, puisqu'elle a plutôt diminué chez les premiers (passant de 34 % en 1985 à 28 % en 1995 avant de remonter jusqu'à 31 % en 2002) mais s'est maintenue, voire a légèrement augmenté chez les seconds (de 48 à 49 %, après avoir déjà diminué jusqu'à 45 % entre 1985 et 1991).

Au cours des trente dernières années, le nombre de médecins a triplé en France. Mais sous l'effet du vieillissement du corps médical et de l'impact des mesures limitant le nombre d'étudiants en médecine, la tendance est en passe de s'inverser. De plus, le vieillissement de la population entraîne des besoins

croissants en médecins spécialistes. Or, on observe que l'effectif du corps médical va se stabiliser dans la prochaine décennie pour décroître ensuite³³.

Il en va de même de la population des infirmiers, qui en 15 ans s'est profondément modifiée. Le fait le plus marquant est sans doute le vieillissement en cours, l'âge moyen passant de 34 ans en 1983 à près de 40 ans en 1998. La proportion des infirmiers de moins de trente ans a diminué de moitié, alors que celle des quadragénaires a déjà quasiment doublé.

b) Les professions sociales

Le secteur social a été très largement créateur d'emplois au cours des dernières décennies. Ainsi, les emplois du domaine social se sont accrus, selon les données de la DGAS, de 6,8 % par an entre le recensement de 1982 et celui de 1990. En 1990, les services marchands et non marchands de l'action sociale employaient 643 000 personnes contre 379 000 en 1982. A partir de cet ensemble, on peut mettre en évidence l'importance en volume des emplois du travail social, représentant un peu plus de 800 000 personnes, assistantes maternelles incluses. La très forte croissance des 10 dernières années est liée à l'augmentation des emplois de niveau V, mais a également bénéficié aux emplois de niveau III. Toutefois, ainsi que le souligne le ministère lui-même, la relative faiblesse de l'appareillage statistique ne permet pas d'avoir une vision totalement exhaustive du champ et des emplois du fait de la diversité des sources, de la relative inadaptation des nomenclatures et d'un délai trop long de mise à jour des données.

1.2. Les salariés du secteur

a) Les professions de santé

Les spécialités les plus représentées parmi les 56 500 salariés hospitaliers sont la médecine générale (12 100), l'anesthésie réanimation (6 600), les spécialités chirurgicales (7 400) et la psychiatrie (6 100). Les effectifs de salariés hospitaliers des deux premières spécialités sont plutôt décroissants depuis une quinzaine d'années, à l'inverse des deux autres. La proportion de spécialistes exclusivement salariés varie en revanche substantiellement d'une spécialité à l'autre : de 8 % en gynécologie médicale à 83 % en médecine interne, et de 13 % en stomatologie à 55 % chez les médecins spécialisés en chirurgie générale.

La féminisation des professions de santé ne cesse de s'accroître : la part des femmes atteint maintenant 76 % des professionnels de santé (qu'il s'agisse de professions réglementées ou non) contre 71 % en 1983. Ce mouvement de féminisation est surtout sensible chez les médecins. Les infirmiers, les aides-soignantes et agents de service hospitalier comptent en revanche une proportion de femmes déjà très élevée, stable depuis dix-sept ans.

³³ *La démographie médicale à l'horizon 2020 : une réactualisation des projections à partir de 2002*, Xavier Niel, DREES, ministère chargé des affaires sociales et de la santé.

b) Les professions sociales

Dans le secteur social, on observe aussi une très forte féminisation du personnel. Pour prendre l'exemple du Contrat d'étude prospective (CEP) conduit dans le secteur social et médico-social non lucratif, on observe que plus de 2/3 des salariés sont des femmes, cette proportion atteignant même 86 % dans le secteur des personnes âgées et 94 % dans celui de la petite enfance. Le travail à temps partiel, contraint ou volontaire, est également observé, au regard de sa forte incidence dans le secteur. Enfin, le développement des emplois peu qualifiés mérite d'être noté au travers de la montée des niveaux V ou infra. Ainsi, dans le champ du CEP, 1/3 des salariés possède un diplôme de niveau V ou IV et 1/3 des salariés n'a pas de qualification, cette proportion atteignant 80 % pour les aides à domicile.

Le taux de *turn-over*, voire de fuite des salariés vers d'autres secteurs n'est pas connu. D'un point de vue qualitatif, il semble néanmoins qu'il soit plus important dans certaines régions ou dans certains secteurs difficiles du point de vue des conditions de travail et notamment de la précarité des conditions d'emploi (CDD). Dans le champ du CEP social et médico-social, l'ancienneté moyenne des salariés atteint 10 ans en 2001.

2. Les spécificités de l'activité salariée du secteur

Un décalage peut être observé entre d'une part le discours du secteur sur la professionnalisation, la qualité du service rendu et le respect de l'usager, et d'autre part le pourcentage élevé de personnels non qualifiés employés dans le secteur en général, et plus particulier dans le social et le médico-social. On observera ici l'usage important fait dans ces secteurs des faisant-fonction, ainsi que la pratique courante d'embauche de personnels sous CDD et à temps partiel.

Selon l'étude conduite par le CREDOC dans le cadre du CEP du secteur sanitaire et médico-social, on observe que 82 % des aides médico-psychologiques sont titulaires du CAFAMP et 5 % ont un diplôme professionnel d'animation. De même, 86 % des aides soignants possèdent le DPAS. Le CEP introduit tout de même un bémol, puisqu'il observe 13 % de personnels sans qualifications ou employés en tant que faisant-fonction dans cette population. Au-delà, il fait le constat du très bas niveau de qualification d'une partie importante du personnel de certains établissements. Dans le secteur des personnes âgées, 52 % des personnels se situent au niveau VI et 31 % au niveau V. Dans le secteur de la petite enfance, 43 % des personnels se situent au niveau VI et 35 % au niveau V. Enfin, dans le secteur des adultes en difficulté, 40 % des personnels sont au niveau VI. Cette situation contraint les établissements à consacrer 35 % de leurs plans de formation aux formations qualifiantes, situation jugée non seulement aberrante mais en progression importante.

Certaines régions sont plus touchées que d'autres par le phénomène des faisant-fonction. Ainsi, alors que la moyenne nationale s'établit dans le secteur étudié par le CEP pour les personnels éducatifs spécialisés à 11,5 %, elle est de 24 % en Ile-de-France, illustrant la gravité de la pénurie de diplômés au travers de l'importance du taux de faisant-fonction.

3. Les carrières : durées prévisionnelles et réelles, parcours professionnels

Le premier constat est que le secteur sanitaire et social se caractérise par une faible mobilité externe, peu de professionnels se dirigeant vers un autre secteur d'activité. Jacques Ion et Bertrand Ravon³⁴ constatent un faible taux de sortie définitive du travail social, les départs intervenant la plupart du temps en début de parcours professionnel, signe probable d'une mauvaise orientation. Ce constat s'avère identique pour les professions de santé. Le second constat est que la mobilité existante est essentiellement interne. Cette dernière s'explique principalement du fait de modifications de postes ou d'établissements plus que de changements de métiers. L'absence de mobilité inter-professionnelle semble essentiellement due au faible nombre de véritables passerelles entre professions, caractéristique d'un secteur regroupé en filières d'activités.

Dans le secteur social, le degré de mobilité interne et d'ascension hiérarchique est plus lié au mode d'entrée dans le secteur et au niveau de qualification lors de leur arrivée, que par l'appartenance à une profession. On peut distinguer trois modes d'entrée dans le secteur :

- les entrées directes après une formation initiale et l'obtention d'une qualification professionnelle ;
- les réorientations qui font suite à une erreur d'appréciation ;
- enfin les reconversions professionnelles qui marquent une rupture dans le parcours professionnel.

Par ailleurs l'entrée en emploi peut se faire avec ou sans diplôme ou qualification préalable. Ces différentes modalités d'entrée dans le secteur ne présentent pas les mêmes opportunités d'évolution pour les professionnels. Ainsi, l'acquisition préalable d'une formation initiale et d'un diplôme favorise la stabilité et l'évolution des parcours ; inversement, une entrée dans le secteur sans qualification comportera plus de difficultés d'insertion et présentera de moindres perspectives de promotion.

Pour les professionnels de la santé³⁵, la mobilité est également principalement interne, les personnels étant mutés d'un établissement sur un autre et entre secteurs public et privé. Pour ce qui concerne plus précisément l'hôpital public, la proportion de salariés entrant en 2001 est d'environ 11 %, égale à la proportion de salariés sortants.

Les sorties se font pour majeure partie à :

- 6 % vers le privé ou le secteur social ;
- 3 % vers l'inactivité, le chômage ou la formation ;
- 2 % pour des départs en retraite.

³⁴ *Les travailleurs sociaux*, Jacques Ion, Bertrand Ravon, La Découverte, 5^{ème} édition.

³⁵ Etude de la Direction de la Recherche, des études, et de l'évaluation des statistiques (DREES) n° 169, avril 2002, relative à *La mobilité des professionnels de santé salariés des hôpitaux publics*.

4. La gestion des politiques de personnels

La gestion des politiques de personnel a fait l'objet de diverses initiatives récentes, touchant aux professions du secteur sanitaire comme social.

4.1. Le schéma national des formations sociales 2001-2005

Un premier schéma national des formations sociales a été arrêté par le ministre des Affaires sociales et de la solidarité en 2001. Il constitue un outil de pilotage destiné à prévoir et favoriser les évolutions nécessaires du dispositif de formation afin de mieux répondre aux priorités des politiques sociales, aux besoins des populations et aux attentes des employeurs et salariés. Sa mise en œuvre a été engagée dès 2002, et fait l'objet de déclinaisons en schémas régionaux. La dynamique créée permet d'envisager le transfert aux régions du financement des formations initiales, des bourses aux étudiants et de l'agrément des centres de formation en travail social, que le Gouvernement entend mettre en œuvre en 2005 dans le cadre du projet de loi de décentralisation.

Le schéma national des formations sociales a souligné un risque important de pénurie de travailleurs sociaux lié d'une part, à l'évolution défavorable de la démographie des personnels sociaux, d'autre part aux besoins de recrutements pour accompagner les nouvelles politiques publiques. C'est la raison pour laquelle un programme pluriannuel de développement des formations en travail social a été mis en œuvre à compter de la rentrée scolaire de 2002, prévoyant la création et le financement de 3 000 places supplémentaires, pour des formations diplômantes, d'une durée de un à trois ans. Ces créations ont été réparties entre les régions et les formations en fonction des demandes des schémas régionaux de formation sociale. Il a également envisagé les moyens rendus nécessaires pour la montée en charge des créations de places en 2003 et 2004. Pour la rentrée scolaire 2003 ont été prévues la création de 2 990 places de seconde année. Il en sera de même en 2004 pour le solde des places de formation dont la durée est de trois ans, avec l'ouverture de 1 450 places supplémentaires. Au terme de ce plan, il y aurait près de 8 000 étudiants supplémentaires en formation initiale de travail social, soit une augmentation de 30 %. Enfin, le plan prévoit une augmentation corrélative du nombre d'étudiants boursiers, favorisée par la mise en place du nouveau système d'allocation de bourses sur critères sociaux.

4.2. Le Contrat d'étude prospective(CEP) conduit dans le secteur social et médico-social non lucratif et la Commission professionnelle consultative (CPC)

Photographie de la structure des activités, des emplois et des associations qui la composent, le CEP propose en outre aux acteurs de la branche professionnelle de prolonger les travaux et études réalisées par un travail de projection et d'anticipation des évolutions sur le court et le moyen terme. Cet outil, dont les résultats confirment statistiquement certaines observations ou connaissances empiriques, fait état d'une forte pénurie de personnels et d'un déficit de qualifications, nécessitant de structurer le système d'offre de formation et de se préparer activement à prendre en charge les changements programmés sur la décentralisation et la réforme de la formation professionnelle, en

développant des programmes d'actions régionaux, dans le cadre d'une stratégie de gestion de l'emploi du secteur pensée au niveau national.

Le CEP devrait déboucher sur un ou plusieurs Engagements de développement de la formation (EDDF), conclu en partenariat avec les pouvoirs publics.

Enfin, on observe, dans le secteur du travail social et de l'intervention sociale, qu'une Commission professionnelle consultative a été créée en septembre 2002. Elle a pour rôle de formuler, à partir de l'évolution des qualifications dans le domaine du travail social et de l'intervention sociale des propositions sur la création, l'actualisation ou la suppression des diplômes, certificats et titres professionnels, d'élaborer des référentiels d'activité et de compétence ainsi que des référentiels de certification et de formation, de développer des transversalités entre les diplômes, certificats et titres, d'articuler les voies de formation en fonction de l'évolution des débouchés professionnels et de besoins de qualification du secteur, et enfin de mettre en place et d'assurer le suivi des dispositifs de Validation des acquis de l'expérience (VAE).

4.3. L'observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière

L'Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière (ONEMFPH), installé en 2002, dispose de compétences propres, qui le distinguent du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière, même si la complémentarité est forte entre les deux organismes.

L'observatoire de la fonction publique hospitalière a pour mission de suivre l'évolution des emplois dans la FPH, de contribuer au développement d'une stratégie de gestion prévisionnelle et prospective, de proposer des orientations prioritaires, en particulier en matière de formation, d'apprécier les évolutions des métiers, des fonctions et des qualifications, et enfin de recenser les métiers nouveaux et repérer leurs traits caractéristiques.

Au titre des réalisations de l'observatoire, on remarque l'instauration d'un répertoire des métiers hospitaliers, illustration de l'action menée au plus près des réalités de l'activité réelle des services et des personnels.

CHAPITRE II

LES ENJEUX DU SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL

Les principaux enjeux du secteur sanitaire et social se déclinent de manière distincte, en fonction du domaine concerné.

- Pour le secteur de la santé :

« *La santé est un état de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » précise le préambule de la Constitution de l'OMS adoptée en juin 1946, laquelle indique également que : « *La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale* ». Les besoins de santé, que l'OMS rattache à la notion idéalisée de « bien-être » mais qu'elle rapporte souvent sous forme négative, c'est-à-dire par la publication de taux de morbidité, de niveaux de mortalité, de mesures d'incapacité ou encore de durée de vie, sont par nature, évolutifs et permanents.

En application de ces textes internationaux, de ces objectifs politiques, que la communauté nationale a ratifiés et fait siens, l'aspiration de la population française à se maintenir en bonne santé, à bénéficier de la meilleure qualité de soins, est parfaitement légitime. A cet égard, c'est au cours de la Seconde Guerre mondiale que la page de l'hôpital conçu comme un hospice a été tournée, élevant l'hôpital moderne au rang d'établissement sanitaire. Dans le même temps, l'accès aux structures modernes de santé a été facilité par l'ordonnance du 4 octobre 1945, instituant un système social protégeant « *les travailleurs et leurs familles contre les risques sociaux de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gains* ».

Ultérieurement mais avec les mêmes intentions, la loi française est venue définir le droit à la protection de la santé³⁶ : « *Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en oeuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, à garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible* ».

En France, la santé, conjugaison d'éléments économiques, sociaux, politiques, scientifiques, biologiques, environnementaux et culturels, est donc vue comme un droit fondamental de l'Homme, une composante essentielle du développement des potentiels physiques et mentaux de chacun.

³⁶ Article L. 1110-1 du Code de la santé publique.

Toutefois, il manquait encore, jusqu'à il y a peu, une prise en compte par l'Etat de la revendication, formulée par tous les protagonistes du secteur sanitaire et social, en termes de politique de santé publique.

La réponse a été apportée par le projet de loi -dit « *petite loi* » relatif à la politique de santé publique³⁷ et adopté en première lecture par l'Assemblée nationale le 14 octobre 2003, qui rappelle dans son article 1^{er} que « *La Nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels. La détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'Etat.*

La politique de santé publique concerne :

- *la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants ;*
 - *la lutte contre les épidémies ;*
 - *la prévention des maladies, des traumatismes et des incapacités ;*
 - *l'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ;*
 - *l'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires ;*
 - *la réduction des risques éventuels pour la santé liés aux multiples facteurs susceptibles de l'altérer tels l'environnement, le travail, les transports, l'alimentation ou la consommation de produits et de services ;*
 - *la réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire ;*
 - *la qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ;*
 - *l'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps ».*
- Pour le secteur de l'action sociale et médico-sociale :

La Charte des droits fondamentaux de l'Union Européenne dispose à propos des usagers de l'action sociale et médico-sociale, dans ses articles 24, 25 et 26, que :

- *les enfants : « ont droit à la protection et aux soins nécessaires à leur bien-être. Ils peuvent exprimer leur opinion librement. Celle-ci est prise en considération pour les sujets qui les concernent, en fonction de leur âge et de leur maturité. Dans tous les actes relatifs aux enfants, qu'ils soient accomplis par des autorités publiques ou des*

³⁷ Projet d'Art. L. 1411-1.

institutions privées, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale. Tout enfant a le droit d'entretenir régulièrement des relations personnelles et des contacts directs avec ses deux parents, sauf si cela est contraire à son intérêt » ;

- les personnes âgées : *« L'Union reconnaît et respecte le droit des personnes âgées à mener une vie digne et indépendante et à participer à la vie sociale et culturelle » ;*
- les personnes en situation de handicap : *« L'Union reconnaît et respecte le droit des personnes handicapées à bénéficier de mesures visant à assurer leur autonomie, leur intégration sociale et professionnelle et leur participation à la vie de la communauté ».*

Le Comité des ministres du Conseil de l'Europe, s'agissant également des populations accueillies dans le secteur de l'action sociale et médico-sociale, a constaté en janvier 2001 *« que le travail social vise à promouvoir le bien-être social des individus, des groupes et des communautés, à favoriser la cohésion sociale en période de changement et à aider et protéger les membres vulnérables de la communauté, en partenariat avec les usagers des services, les communautés et d'autres professions. Les revers ou les changements personnels mettent à mal la capacité de certaines personnes d'agir de manière autonome. Certaines ont besoin d'aide et de conseils. D'autres requièrent des soins, un soutien et une protection. Les travailleurs sociaux répondent à ces besoins : ils contribuent de manière essentielle à promouvoir la cohésion sociale, tant par la prévention qu'en s'attaquant aux problèmes existants. Le travail social est donc un investissement en faveur du bien-être futur de l'Europe ».*

Au plan français, la récente loi³⁸ du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a rappelé la politique de notre pays en cette matière, dans deux de ses articles³⁹ :

- *« L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets. Elle repose sur une évaluation continue des besoins et des attentes des membres de tous les groupes sociaux, en particulier des personnes handicapées et des personnes âgées, des personnes et des familles vulnérables, en situation de précarité ou de pauvreté, et sur la mise à leur disposition de prestations en espèces ou en nature. Elle est mise en oeuvre par l'Etat, les collectivités territoriales et leurs établissements publics, les organismes de sécurité sociale, les associations ainsi que par les institutions sociales et médico-sociales au sens de l'article L. 311-1. »*
- et : *« L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire. »*

³⁸ Loi 2002-2.

³⁹ Art. L. 116-1 et Art. L. 116-2.

I - LES ENJEUX ACTUELS

Les besoins de la population en matière de santé et d'aide sociale vont grandissants. Il est aujourd'hui patent que les familles attendent d'abord beaucoup de leur commune, voire aussi des associations proches de leur résidence. Ils ont surtout une exigence à l'égard des pouvoirs publics territoriaux et des services de l'Etat, pour ce qui concerne la prise en charge de leurs parents, de leurs enfants, comme de la leur. Vont de pair avec ces demandes, une exigence de disponibilité, de compétences et donc de qualité de l'intervention sanitaire ou sociale.

A - EGALISER L'ACCÈS DE TOUS AU SYSTÈME SANITAIRE ET SOCIAL

Passer sa vie en bonne santé et la terminer dans son lit sans souffrir, figurent sûrement parmi les premiers des souhaits des individus majeurs. Notre pays si l'on en croit l'OMS, aurait un système de santé parmi les plus performants au monde⁴⁰.

En prenant connaissance de travaux statistiques comme ceux, récents, du Haut comité de la Santé publique et de ceux de l'OCDE⁴¹, nous constatons qu'en France, l'espérance de vie à la naissance⁴² a été évaluée, il y a cinq ans, à 78 ans⁴³. Elle s'est depuis encore accrue.

Par ailleurs, si l'on en croit toujours le rapport du Haut comité de santé publique intitulé *La santé en France : 2002*, le taux de mortalité infantile reste à un niveau de 5 pour 1 000, avec beaucoup d'efforts restant à accomplir encore pour préserver les prématurés ; la France occupe la tête du peloton européen pour l'espérance de vie après 65 ans (20 années pour les femmes et 16 pour les hommes).

Dans 82,2 % des cas, il est devenu possible de guérir d'un cancer du sein et lorsque le diagnostic est établi précocement, ce taux atteint 99,8 %. De même, le taux de mortalité cardio-vasculaire est l'un des plus bas en Europe.

Toutefois, ces chiffres ne sauraient occulter de moindres performances, tel le niveau de mortalité des jeunes adultes, particulièrement celui des jeunes hommes, qui reste encore élevé, ou celui concernant le différentiel d'espérance de vie à 35 ans entre les cadres (+ 44,5 ans) et les ouvriers (+ 38 ans), ou celui qui montre que dans le Nord-Pas-de-Calais (71 ans), les hommes vivent 5 ans de moins que ceux de Midi-Pyrénées (76 ans).

Nous voyons bien alors que même, si notre système sanitaire national peut être positivement regardé au plan mondial, il n'en demeure pas moins que dans notre pays subsistent toujours des inégalités de santé.

⁴⁰ Classement de l'OMS pour 2000. La Grande-Bretagne s'y trouve au 18^e rang et les USA figurent à la 34^e place sur les 191 nations référencées.

⁴¹ Source : Eco-Santé, OCDE 2002, OCDE, CREDES.

⁴² L'espérance de vie à la naissance est le nombre moyen d'années qu'une personne peut espérer vivre, en supposant que les taux de mortalité par âge restent constants. L'espérance de vie « en bonne santé » (qui remplace la notion « d'espérance de vie corrigée de l'incapacité ») tient compte à la fois de l'espérance de vie et d'une estimation des années passées en mauvaise santé, corrigées de la gravité de l'état de santé.

⁴³ 82,7 années pour les femmes et 75,2 pour les hommes.

Tout bien considéré, selon la région où ils vivent, les citoyens n'ont donc pas la même espérance de vie. Et l'écart peut parfois être important.

Ainsi, la situation des villes est globalement meilleure que celle des campagnes. Si le Sud-Ouest, le Centre-Ouest, le Centre-Est et le Sud-Est apparaissent comme des régions privilégiées, le Nord-Pas-de-Calais, la Picardie, la Bretagne et le Nord-Est ainsi que les départements d'Outre-Mer, constituent des régions où l'espérance de vie est moindre, tant à la naissance qu'à partir de 65 ans.

Au regard de ces éléments, la lutte contre les inégalités de santé apparaît comme l'une des priorités d'une véritable politique de santé publique efficace. D'autant que l'effort collectif que nous consentons au dispositif sanitaire et social n'est pas minime puisqu'il représente 9,5 % de notre Produit intérieur brut (PIB), ce qui nous classe en importance au quatrième rang mondial.

Mais cette mobilisation de moyens ne nous protège pourtant pas efficacement des effets des inégalités alors que le concept symbolisé par les termes de « sécurité sociale » pouvait le laisser accroire. Car la sécurité sociale, via l'assurance maladie obligatoire, couvre *a priori* l'ensemble de la population.

B - LE DROIT À LA SANTÉ POUR TOUS

Le droit à la santé a bien été intentionnellement inscrit dans le préambule de la Constitution de 1946. C'est dire combien, dans la conscience des français, la réduction des inégalités devant la santé a sans cesse été justifiée par une volonté de santé publique pour tous et par la mise en œuvre du principe de justice.

Notamment, le refus du tri des malades, et même de leur élimination, lesquels se sont produits effectivement durant la Seconde Guerre mondiale, particulièrement au préjudice des personnes en situation de handicap et des malades mentaux, ont contribué à former la certitude des français et des dirigeants de l'époque, qu'il fallait tout faire pour ne plus jamais retrouver une période aussi noire pour l'Homme, une pareille inhumanité.

Au cours des dernières décennies, la forte concurrence au plan international a produit chez nous un effet de baisse sur la croissance. Les conséquences sociales de cette compétition économique mondiale intense et des choix qu'elle a impliqués dans les activités de production, de distribution et de consommation des ressources et des biens, ont conduit à l'augmentation du chômage, de la précarité, de l'exclusion ainsi qu'à une détérioration sensible de l'état sanitaire de certaines populations. Par suite, cette situation a interpellé notre société sur la question de l'égal accès aux soins.

Trop souvent encore de nos jours, le chômage, l'inactivité, l'exclusion entraînent une surmortalité, tant pour les hommes que pour les femmes. Nous avons appris aux dépens des plus fragilisés d'entre nous, que dans les cinq ans qui suivent une période de chômage, le risque annuel de décès d'un homme chômeur est, à chaque âge, environ trois fois supérieur à celui d'un actif occupé du même âge.

Il a été relevé par Geneviève de Gaulle-Anthonioz⁴⁴ que la mortalité des chômeuses est environ le double, à âge égal, de la mortalité des actives occupées. L'excès de mortalité des exclus est encore plus élevé. La surmortalité masculine est accentuée en cas de persistance du chômage ou de l'exclusion. Mais avant ces fins de vies inadmissibles, les chômeurs, les précaires, les pauvres et les exclus et leurs proches peuvent passer par d'autres épisodes dramatiques d'altération de leur santé.

Ainsi, ont ressurgi des maladies que l'on pensait à jamais éradiquées, et qui ne sont pas sans dangers ni conséquences pour la santé des personnels sanitaires et sociaux⁴⁵. De même, il faut remarquer pour savoir puis vouloir y répondre, que les pathologies mentales⁴⁶ se sont développées sensiblement parmi ces « publics à risques ».

Etant donné qu'il a été nettement montré, notamment par notre assemblée, que l'exercice d'une activité professionnelle jouait un rôle intégrateur, facilitant l'accès des travailleurs à l'information portant sur la santé, la prévention des affections pathologiques et contribuant à la réduction du risque de mortalité, il nous apparaît donc prioritaire pour ceux qui sont privés d'emploi et qui, pourtant, sont éloignés de ces savoirs, que les pouvoirs publics affectent en nombre suffisant des personnels sanitaires et sociaux aux tâches de prévention, auprès de publics en danger dont on connaît l'augmentation du nombre. Ces personnes peuvent en outre et malgré elles, faire courir des risques à toute la population.

Au surplus, il ne semble pas déraisonnable du point de vue d'une bonne gestion de la santé publique, que les personnes ayant perdu leur autonomie ainsi que celles qui se trouvent en situation d'exclusion ou de précarité, puissent systématiquement et périodiquement accéder à un bilan de santé général gratuit.

Il est indéniable que les inégalités de santé doivent être principalement envisagées sous l'angle de l'accès ou pas, pour tous et partout, au système de soins. La recherche d'une continuelle et égale amélioration de notre état de santé est donc devenue une préoccupation légitime des politiques publiques. Il sera utile pour les instances politiques et les assemblées parlementaires de ne pas cesser d'en tenir vraiment compte dans leurs délibérations législatives et décisions réglementaires.

Ainsi, lorsque nous envisageons la prochaine loi de décentralisation, qui va « départementaliser » l'action sociale et conforter celle, déjà engagée, de la régionalisation de la santé, nous croyons que les décideurs auront à veiller au maintien du respect de l'égalité et de la solidarité nationales, parce que nos concitoyens veulent en effet tous bénéficier des mêmes droits et garanties, quel que soit leur lieu de résidence ou leur situation sociale.

⁴⁴ Avis adopté par le Conseil économique et social le 12 juillet 1995 sur *Evaluation des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté*, rapport présenté par Geneviève Anthonioz de Gaulle au nom de la section des affaires sociales.

⁴⁵ La tuberculose, le choléra, le saturnisme, la gale, le scorbut...

⁴⁶ Telles que troubles du comportement, conduites addictives, états dépressifs, fragilité psychique, isolement social...

Bien évidemment, ces considérations doivent également être appliquées aux bénéficiaires de l'action sociale et médico-sociale et ce, d'autant plus lorsque ceux-ci sont diminués ou en grande difficulté.

Car il ne faut pas croire que la simple mise en oeuvre en France des directives européennes contre toute discrimination suffira à garantir aux personnes en situation de handicap ou inadaptées ainsi qu'aux personnes âgées et dépendantes, un meilleur accès au système de soins et d'action sociale.

En fait, il est ainsi devenu absolument nécessaire et urgent, comme le signalait le D^r Pierre Rivière⁴⁷ et par ailleurs comme l'ont demandé depuis de nombreuses années plusieurs grandes associations⁴⁸, de créer 45 000 places pour les personnes handicapées adultes et polyhandicapées (15 000 places pour les enfants et de 30 000 places pour les adultes) afin de les accueillir dans des établissements et des services essentiellement médico-sociaux, alors qu'actuellement elles n'ont pas d'autre solution que de demeurer au sein de leur famille. Pour un pays moderne et développé comme le nôtre, est-il acceptable que 3 000 de nos enfants soient encore obligés d'aller chercher une place au sein d'établissements spécialisés en Belgique ou en Suisse, pour être comme tout un chacun, scolarisés, éduqués et soignés ?

Il est enfin pour le moins paradoxal, au sortir de la célébration de l'année européenne du handicap, qu'autant de nos concitoyens de tout âge ayant perdu leur autonomie, atteints d'autisme, de poly-handicaps et de problèmes psychiatriques, restent pour une part conséquente encore isolés et sans solutions, et ceci dans un pays où le vocable de « sécurité » est bien assorti de l'adjectif qualificatif « sociale ».

C - VIVRE CHEZ SOI, LE PLUS LONGTEMPS POSSIBLE

A titre d'illustration, on se rappelle, il y a quelques années de cela, d'une enquête du quotidien « Le Parisien », qui portait sur les souhaits des français quant à leur fin de vie, prenant la forme d'un sondage réalisé par un institut spécialisé, auprès d'un échantillon représentatif. A la question : « *Que préférez-vous, être accueilli dans une maison de retraite ou rester à votre domicile ?* », la réponse était nette et sans appel. En effet, 93 % des personnes interrogées répondants exprimaient leur volonté de passer leur retraite chez eux et de recourir pour ce faire à des aides externes, qu'elles soient familiales, de voisinage ou encore spécialisées.

Dès lors, il n'est pas étonnant de constater la forte sollicitation, par tous ceux qui peuvent déjà y accéder et en bénéficier, des services de soins et de maintien à domicile des personnes âgées.

⁴⁷ Audition devant la section du travail du Conseil économique et social du D^r Pierre Rivière, médecin-psychiatre, le 10 mars 2004.

⁴⁸ Sans exhaustivité, citons l'Union nationale des associations de parents d'enfants inadaptés (UNAPEI), l'Association française contre les Myopathies (AFM), Droit aux soins et à une place adaptée (DSP)...

En partie pour répondre à des attentes équivalentes exprimées par les malades et des patients, mais également pour limiter la durée des séjours et gérer les pénuries de personnels, les soins ambulatoires et les hospitalisations de courte durée se sont fortement développées ces dernières années. La moyenne de la durée des séjours à l'hôpital a été abaissée à trois jours, sachant toutefois que cette réduction de la durée est également le fruit des avancées techniques et médicales et à la mise en oeuvre de protocoles sécurisés.

Il faut noter au passage, d'une part, que le soin et/ou le maintien de la personne chez elle, supposent d'emblée un minimum de confort et de salubrité de son logement, ce qui n'est pas le cas de tous ; d'autre part, les salariés signalent que ces formes de travail mobilisent énormément de compétences, tant aux niveaux relationnel et personnel, qu'aux plans de leur technicité professionnelle et organisationnelle.

Dans le domaine des prestations de soins accomplies de cette manière, on rappellera que beaucoup sont réalisées par des professionnels exerçant sous statut libéral. Nombre d'entre eux demandent à cet égard que soient prises en considération leurs doléances, et notamment celles de ne pas être suffisamment reconnus et d'être mal rémunérés pour les multiples actes qu'ils pratiquent quotidiennement et sur tout le territoire.

Il en va de même des aides au maintien à domicile pour personnes âgées et en situation de handicap, dont les rémunérations sont très faibles, tout particulièrement au regard de la difficulté des conditions d'exercice de ce métier.

Il y a encore peu de temps, beaucoup d'entre-elles devaient justifier d'un minimum de 16 années d'ancienneté avant que leur salaire décolle du montant d'un SMIC pour un temps plein, les grilles de classification conventionnelle prévoyant des minima en deçà du salaire minimum. A cet égard, il est plus que surprenant d'entendre le ministre des affaires sociales annoncer un jour qu'il est préoccupé par le manque d'attractivité de ces métiers et le lendemain, en tant qu'autorité de tutelle, refuser d'agréer et d'étendre les avenants conventionnels - et donc d'autoriser la mise en application de ces textes - qui ont justement pour objet la revalorisation de la situation contractuelle de ces professionnels.

D - LA PRÉVENTION, UNE ACTION BÉNÉFIQUE

Finalement, le meilleur des moyens pour rester en bonne santé reste d'agir en amont des difficultés, par une pratique intelligente de la prévention sanitaire et sociale. L'avis récemment présenté par Guy Robert⁴⁹ l'indique et le démontre fort bien. Les campagnes nationales de lutte contre les accidents domestiques, contre les accidents de la route, contre la consommation excessive d'alcool et de tabac, contre le suicide, préservent et sauvent ainsi de très nombreuses vies.

⁴⁹ Avis adopté par le Conseil économique et social le 26 novembre 2003 sur *La prévention en matière de santé*, rapport présenté par Guy Robert au nom de la section des affaires sociales.

Poursuivant le même objectif, l'éducation à la santé dès l'école primaire, la mise en oeuvre d'une politique durable de protection maternelle et infantile, associant, responsabilisant et mobilisant tous les acteurs présents sur le terrain, oeuvrent à coup sûr contre la mortalité des enfants (aujourd'hui : 4,7 décès pour 1 000 naissances), démontrant ainsi qu'elle est loin d'être une fatalité. Ainsi, le département de la Seine-Saint-Denis a chiffré à 3 000 vies préservées ces dernières années, le résultat de ses actions en faveur de la petite enfance, grâce à la vaccination, au suivi en terme de Protection maternelle infantile (PMI), etc.

La prévention, qu'elle soit envisagée dans sa dimension sanitaire ou dans sa dimension psychosociale, est une question de volonté et de moyens. Pour être efficace, elle doit aller dans toutes les directions et viser tous les âges, toutes les catégories professionnelles et tous les lieux de vie y compris ceux où s'exerce l'activité professionnelle (santé au travail). Enfin, elle ne peut avoir de résultats que si elle mobilise tous les citoyens, qu'elle les rend pour partie gestionnaires de leur propre santé.

Les professionnels de la santé et de l'action médico-sociale ont un rôle éminent à tenir dans cette démarche préventive, qui passe notamment par la diffusion des informations de santé publique. A l'interface des usagers et des spécialistes sanitaires, ces professionnels doivent agir comme tuteurs de l'apprentissage à la santé, comme promoteurs de règles d'hygiène et de sécurité à l'école et au travail, à la campagne comme à la ville, comme spécialistes de l'alerte sanitaire et sociale, etc. La réalisation de cet objectif suppose une solide formation, sanitaire et sociale pour la plupart d'entre eux ainsi que des effectifs suffisants pour pouvoir satisfaire à la grande diversité des besoins.

Dans un même temps, ainsi qu'en attestent les résultats des campagnes nationales de sensibilisation menées sur les effets du tabagisme sur la santé, il dépend du volontarisme et de la décision politique d'impliquer de concert l'ensemble des acteurs concernés par le problème, tels que les médecins et soignants, les personnels éducatifs et sociaux ou encore les parents, et de mobiliser fortement les supports médiatiques adaptés.

Au regard de cet exemple choisi parmi d'autres, on observe que notre société a fait la preuve de sa capacité à inverser le raisonnement en faveur de la prévention, dès lors qu'elle sort de la logique de la « fatalité » engendrant le déploiement quasi exclusif de moyens curatifs et à visée réparatrice. On sait par ailleurs que la prévention permet d'épargnant des affections et des blessures graves, des décès et des familles brisées. Elle permet également de réaliser à terme une importante économie en termes de moyens financiers, par la mise en oeuvre de modalités de veille sanitaire et sociale et d'analyse régulière des effets des comportements du corps et de l'esprit.

Et, faut-il le rappeler ici encore, il est bien connu que l'état de santé des citoyens est un facteur important de la capacité de production d'une société et que l'amélioration de la santé peut renforcer le potentiel de croissance. Une meilleure santé ouvre la voie à un allongement de la vie active, à moins d'absence pour maladie, à une atténuation des besoins de traitement médicamenteux, etc. Une enquête américaine de 2002, conduite sur la dernière

décennie par Jack Hadley⁵⁰ conclut également que les revenus des travailleurs⁵¹ en bonne santé étaient entre 15 et 30 % supérieurs à ceux des travailleurs en mauvaise santé.

E - LES EXIGENCES DE QUALITÉ, DE TRANSPARENCE ET DE SÉCURITÉ

Alors que des travaux scientifiques, des études et des rapports sont régulièrement publiés, qui permettent d'appréhender de manière plus équilibrée les différents aspects des questions de santé publique, domine dans l'opinion publique l'impact des émissions de télévision, de radiophonie ou de presse écrite valorisant la culture de l'exploit médical et de l'acte thérapeutique qui guérit. Cette surmédiation de sujets en réalité beaucoup plus complexes et multiformes est particulièrement porteuse en termes de ventes de supports médias et donc bien exploitée et entretenue. L'approche souvent simpliste qui en résulte, qui permet indéniablement de mieux vendre la presse, imprègne simultanément les malades qui tendent alors à se situer aussi comme des consommateurs de soins ou de prestations spécialisées. Désormais, ces derniers demandent que soit mise en œuvre à leur égard la plus haute technicité, dans une sécurité parfaite et qu'on leur procure le meilleur sinon l'excellence. Les hebdomadaires et mensuels multiplient à titre d'exemples les articles sur les établissements de soins et les services spécialisés, certains périodiques allant même jusqu'à publier cycliquement des palmarès, sortes de hit-parades sanitaires visant à classer les prestations réalisées par les uns ou par les autres.

Tout ceci apparaît finalement assez contestable. En effet, les classements sont réalisés sans protocole concerté, en période de restructurations des centres hospitaliers, de redéploiement des structures de soins et de rigueur budgétaire. Dans le même temps, les personnes soignées et aidées n'ont que faire des contingences économiques et elles aspirent à être parfaitement et rapidement accueillies, quoiqu'il advienne. Elles demandent à être traitées par des équipes ultra compétentes et disponibles au moment opportun. A ce propos, on rappellera qu'aux urgences, les récents événements d'agression de personnels sanitaires et sociaux ont bien souvent eu pour motif récurrent la trop longue attente des personnes dans les soins prodigués ou la prise en charge.

Concomitamment s'est développée une forme de « judiciarisation » de l'action sanitaire et sociale, concrétisée par le développement important du nombre d'affaires portées devant les tribunaux ces dernières années. Cette pratique de la saisine d'un juge tiers, formée fréquemment dans l'espoir de l'obtention d'une réhabilitation en premier lieu morale, révèle une mutation profonde de la relation entre les patients et les professionnels de santé. La confiance s'effiloche.

De surcroît, les débats des états généraux des malades atteints de cancer (1998), les états généraux de la santé (1999), et dans son domaine, la jurisprudence née de l'arrêt Perruche, ont été caractérisés par une revendication des personnes malades, en situation de handicap et des usagers de la santé, afin

⁵⁰ *Sicker and poorer : the consequences of being uninsured.*

⁵¹ Entendu au sens extensif des « workers » américains.

d'être mieux écoutés et pour que leurs droits soient améliorés. Ces actions conduites par des victimes, et souvent soutenues par des associations, ont mis en évidence la nécessaire reconnaissance et la réparation financière de l'aléa thérapeutique.

La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé⁵² est venue répondre à cette attente, en imposant des exigences de qualité et de professionnalisme au système de soins, et en organisant les rapports des personnes soignées et des soignants. Le législateur a ainsi souhaité mettre en place une véritable « démocratie sanitaire », reposant, d'une part, sur une reconsidération du malade en général et, d'autre part, sur la reconnaissance des droits des usagers du système de santé.

Sont donc nouvellement reconnus ou renforcés :

- l'affirmation que toute personne dispose d'un droit fondamental à la protection de sa santé, au respect de sa dignité et de sa vie privée, au secret des informations la concernant ;
- le droit à l'information du patient, avec en particulier l'obligation d'une information sur tous les risques médicaux liés aux interventions ;
- la possibilité pour le patient de désigner une personne de confiance qui sera consultée s'il se trouve dans l'incapacité d'exprimer sa volonté ;
- le droit à l'accès direct et personnel à son dossier médical ;
- la prise en charge de la douleur, érigée en droit ;
- l'application du principe de non-discrimination ;
- une place plus importante reconnue aux associations d'usagers, revalorisant leur présence au sein des instances de consultation et des établissements et les autorisant à exercer les droits de la partie civile devant les juridictions ;
- la création d'un fonds d'indemnisation des accidents médicaux survenus en l'absence de toute faute.

Il est certain que l'évaluation des résultats - indissociable de l'analyse préalable des besoins - et des pratiques sanitaires participe de l'amélioration du service rendu dans les établissements et services sanitaires. Mais pour qu'une évaluation ne conduise pas seulement à accréditer les uns ou les autres, mais qu'elle induise plutôt des améliorations profondes, il faut que toute l'organisation, tout le personnel, de la direction et de l'encadrement à l'ouvrier, s'approprient collectivement les constats et se mobilisent pour changer les choses dans le but de les bonifier, dans l'intérêt bien compris de l'utilisateur.

Pour faire cela, il y a lieu de prendre du temps pour impulser une culture positive de l'évaluation trop souvent préjugée comme le cosmétique d'une sanction déjà prise. Il faut réfléchir au fond, pour expliquer le bien-fondé de l'objectif, pour donner à comprendre la méthode, pour impulser les démarches de

⁵² Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002.

formation-action, de sorte que les mutations nécessaires prennent sens et recouvrent une réalité concrète et durable.

Ainsi, l'exemple parmi d'autres de la relance des luttes des équipes médicales contre les infections nosocomiales⁵³ - dont le Professeur Soudan⁵⁴ conçoit qu'elle est intimement dépendante des moyens humains disponibles - et contre la contamination du sida, ou la bataille actuelle contre les maladies iatrogènes, sont là pour attester qu'il ne faut jamais relâcher l'effort qualitatif qui milite en faveur de l'efficacité des soins. « *L'hôpital est un milieu à risques* » rappelle fort justement M. Soudan.

Sur les mêmes inspirations de qualité de la prestation et de respect de l'utilisateur, le secteur de l'action sociale et médico-sociale, a également légiféré :

« Art. L. 311-3⁵⁵ - *L'exercice des droits et libertés individuels est garanti à toute personne prise en charge par des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, lui sont assurés :*

- *le respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ;*
- *sous réserve des pouvoirs reconnus à l'autorité judiciaire et des nécessités liées à la protection des mineurs en danger, le libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé ;*
- *une prise en charge et un accompagnement individualisé de qualité favorisant son développement, son autonomie et son insertion, adaptés à son âge et à ses besoins, respectant son consentement éclairé qui doit systématiquement être recherché lorsque la personne est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. A défaut, le consentement de son représentant légal doit être recherché ;*
- *la confidentialité des informations la concernant ;*
- *l'accès à toute information ou document relatif à sa prise en charge sauf dispositions législatives contraires ;*
- *une information sur ses droits fondamentaux et les protections particulières légales et contractuelles dont elle bénéficie, ainsi que sur les voies de recours à sa disposition ;*
- *la participation directe ou avec l'aide de son représentant légal à la conception et à la mise en oeuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne. »*

La mise en œuvre concrète, sur le terrain, de ces dispositifs à visées hautement humaines et sociales, comme par exemple la lutte contre la maltraitance, appelle évidemment à une mobilisation d'une partie non négligeable du temps de travail des personnels en place et requiert une formation

⁵³ Au moins 4 000 morts par an. Les infections non mortelles atteignent le chiffre annuel de 800 000.

⁵⁴ Directeur du centre hospitalo-universitaire Henri Mondor à Créteil, dans le Val-de-Marne.

⁵⁵ Par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002.

qualifiante adaptée. Les pouvoirs publics ont à prendre en compte le fait que, dans les établissements pour personnes âgées, 40 % des résidents souffrent de troubles mentaux, de détérioration intellectuelle et de dépendance physique⁵⁶.

Compte tenu des manques actuels d'effectifs et des difficultés à en recruter de nouveaux, notre assemblée peut interroger légitimement la puissance publique quant à sa volonté de « virtualiser » la généralisation des mesures contenues dans la loi.

F - L'INTÉGRATION DES NOUVELLES TECHNIQUES ET PRATIQUES PROFESSIONNELLES AU PROFIT DE LA POPULATION

L'épidémie de maladies infectieuses dans le monde, le développement de maladies spécifiques et jusque-là méconnues, l'apparition de nouvelles pathologies, la lutte contre les maladies rares constituent autant de défis nouveaux pour notre système de santé. Le rôle de la recherche est donc particulièrement crucial dans ce domaine.

Parce que les gens sont, *a priori*, tous d'accord pour bénéficier des protocoles opératoires et des traitements sécurisés les plus performants, qu'ils souhaitent ensemble qu'on les soigne sans douleur ni effets secondaires, qu'on les fasse profiter des dernières découvertes, il est incontestable que la population appelle et soutient tous les investissements humains et matériels qui permettront d'atteindre ces objectifs partagés.

Actuellement, la recherche médicale relève principalement du secteur privé. Le secteur public doit donc être épaulé dès lors que sa part de financement ne représente plus que 41,8 % du total. Certes, les problèmes dans le secteur de la recherche publique et spécialement à l'hôpital sont relevés depuis de nombreuses années mais cela ne doit pas constituer une réponse éternelle qui obérerait par avance toute volonté d'évolution.

Au-delà de la nécessité de donner à la recherche fondamentale les moyens de son développement, un accroissement important du budget de fonctionnement des organismes de recherche publics s'avère également indispensable, notamment dans le secteur de la recherche clinique, afin de développer la recherche biomédicale en France, d'assimiler les progrès de la biologie et de ses applications en médecine, et au final de maintenir notre place dans un environnement de compétition internationale. Dans cette perspective, une politique ambitieuse de recrutement de professionnels tels que chercheurs, ingénieurs et techniciens s'impose, tant il est vrai que rien ne sera accompli sans que des hommes ne s'y impliquent

Les découvertes médicales et leurs applications, ainsi que les innovations dans la prise en charge, doivent dès lors profiter à tous les membres de la société, sans exclusive ni sélection par l'argent. Ainsi doit-il en être des avancées récentes du traitement médical des données informatiques, de l'utilisation médicale d'Internet, de la robotique médicale, des capteurs biologiques et de l'imagerie médicale...

⁵⁶ Lire à ce propos, l'étude du D^r Fabienne Dubuisson et de Roselyne Kerjosse, SESI, juin 1983.

Pour sa part, on assiste à un développement rapide de la télé médecine (diagnostic, surveillance, opération à distance). Des instruments restent encore à développer dans ce domaine, assortis des moyens de sécurité (protection des données et du secret médical) qui conviennent s'agissant d'une matière aussi sensible. Les perspectives ouvertes par ces nouvelles technologies apparaissent positives et de nature à permettre d'élargir l'offre de soins sur l'ensemble du territoire.

L'émergence de ces technologies dans le secteur de la santé présente des incidences potentielles multiples. En effet, le recours aux données informatisées peut aller à l'encontre du respect des personnes. Il peut également transformer progressivement les modalités d'exercice des professionnels de santé, du fait d'une raréfaction du contact direct et d'une responsabilisation croissante des patients, conduits dans ce cadre à devenir les principaux acteurs de leur propre santé⁵⁷.

Mais les usagers ne peuvent pas tout faire, tout prendre en charge, pas plus qu'ils ne peuvent s'improviser, de manière pérenne et bénévole, médecins, infirmiers, assistantes sociales ou éducateurs spécialisés. C'est pourquoi il est indispensable de recruter tous les professionnels qualifiés pour faire avancer les sciences sanitaire et sociale. Il serait en effet tout à fait hasardeux et même prétentieux de croire que les nouvelles techniques et technologies pourront remplacer, même partiellement, les femmes et les hommes qui exercent dans le secteur.

Il convient donc de veiller à ce que ces techniques améliorent le service rendu aux usagers sans remettre en cause le caractère humain des relations qui s'établissent d'une part entre professionnels de santé, et d'autre part entre professionnels de santé et patients. Ces techniques ne doivent enfin pas conduire à renvoyer vers les individus, les familles et les groupes, des responsabilités excédant leurs capacités.

En revanche, ainsi que les personnes auditionnées ont eu l'occasion de l'indiquer devant la section du travail, une appropriation intelligente des progrès techniques est possible à la faveur de l'automatisation de certaines tâches médicales. Cette appropriation semble, combinée à l'embauche de personnels supplémentaires dans les établissements et les services, susceptible de permettre aux personnels de retrouver du temps, par exemple, pour souffler entre deux interventions.

Il doit alors être possible de surmonter plus aisément, notamment au travers des réunions d'équipe ou de service, les événements touchant les malades du service. Ces temps permettent également de parfaire la relation humaine avec les usagers, de restaurer les périodes d'échanges et de doublure dans les services, temps souvent obliérés dans le cadre de la mise en œuvre de l'aménagement du temps de travail. Ils permettent d'accueillir valablement les élèves et les stagiaires confiés par les écoles pour vivre le métier sur le terrain et enfin de suivre plus fréquemment des sessions d'entretien des connaissances et de formation professionnelle continue.

⁵⁷ Auto-dialyse, soins diabétiques, gestion des formes d'asthme...

De notre point de vue, une telle approche du travail sanitaire et social contribuerait sensiblement à une meilleure attractivité des emplois de ce secteur professionnel, dont les titulaires mal payés ont trop souvent l'impression qu'on les prend pour Shiva, cette divinité hindoue aux quatre bras.

G - PRÉVENIR ET MAÎTRISER LES ÉVOLUTIONS DE NOTRE ENVIRONNEMENT

La survenance possible de graves difficultés sanitaires et sociales collectives, telles celles que nous avons connues avec l'augmentation du nombre des hépatites graves, la propagation du sida, l'affaire du sang contaminé, la crise de la vache folle, le Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), la canicule et d'autres encore, nous amènent en tant qu'observateurs de la santé publique, à devoir mettre en place une réflexion prospective et interdisciplinaire afin de s'employer à analyser de façon préalable, l'impact potentiel sur la santé de nos concitoyens de toute décision publique notamment dans l'activité professionnelle et sociale ainsi que dans le cadre environnemental.

Les chercheurs et les scientifiques s'accordent à dire que quatre principes doivent inspirer l'action publique en faveur de la protection de la population dans son ensemble. Il s'agit d'abord du principe d'évaluation qui implique de connaître le rapport entre le bénéfice et le risque. Le principe de précaution, ensuite, impose d'intervenir dès que les risques sont supérieurs aux bénéfices attendus. Le principe d'indépendance lui, s'exerce en dehors de la possible pression des intérêts politiques et/ou économiques. Enfin, le principe de transparence doit permettre une alerte précoce.

C'est par exemple, en sollicitant tous les médecins formés pour travailler ensemble, entre villes et campagnes, entre généralistes et spécialistes, entre médecins libéraux et médecins hospitaliers, entre médecins scolaires et médecins du travail, que l'on pourra assurer le *continuum* spatio-temporel permettant de sécuriser au mieux nos compatriotes contre les grandes affections collectives.

La veille globale et environnementale, qui ne commence vraiment à exister que depuis ces derniers temps, devrait nous nous permettre de savoir mieux anticiper et gérer des situations graves, comme celles qui pourraient être liées à des expositions à des polluants, à des pesticides et dioxines, à une pollution des eaux négligente ou criminelle⁵⁸ ou même à des phénomènes invisibles telles que les radiations ionisantes ou les phénomènes climatiques, météorologiques et géosphériques.

Ce que le mouvement hygiéniste, développé à la fin du XIX^e siècle, a fait hier en inventant de nombreuses règles portant sur les habitudes alimentaires, sur la propreté corporelle, sur l'habitat insalubre, contribuant ainsi à réduire significativement les fréquentes épidémies et la mortalité élevée d'alors, nos épidémiologistes d'aujourd'hui doivent pouvoir être aidés à le faire pour notre époque. Mais encore faut-il que ces savants puissent être embauchés pour ce faire.

⁵⁸ Souvenons-nous de Minamata (qui renvoie à un cas d'empoisonnement par le mercure), ou encore de Love canal (qui évoque le cas de rejets de déchets toxiques dans le canal d'une ville américaine).

Et l'exercice de leur art, qui suppose le développement de modèles d'analyse de gestion des risques par le recueil de données scientifiques et multidisciplinaires précédant la production de données, puis l'évaluation des risques en fréquence, la gravité de ses effets sur la santé de l'homme et qui finit par la gestion des risques proprement dite, nécessite que des moyens substantiels soient dégagés et assurés sur le long terme. En retour, c'est la population tout entière qui devrait bénéficier de leurs travaux, ce qui représente sûrement un rapport investissement/gains sanitaires et sociaux profitable.

H - LE PROBLÈME DES SOUS-EFFECTIFS DE PERSONNELS SANITAIRES ET SOCIAUX

Ils sont communs à l'ensemble du système de santé et d'action sociale et plus particulièrement critiques pour certains métiers et dans certaines zones géographiques. Par exemple, une épidémie de grippe, de nombreux cas de bronchiolite, un virus particulièrement virulent de gastro-entérite, suffisent à ce que les services d'urgences pédiatriques d'Ile-de-France puissent se trouver, comme ce fut le cas en novembre-décembre 2003, au bord de la rupture.

A titre d'exemple, la France manque cruellement de pédiatres car ils ne sont plus aujourd'hui que 6 000 environ, la moitié à peine d'entre eux pratiquant en ville. Dans le XVII^e arrondissement de Paris, on n'en compte que douze, soit un demi-praticien pour 10 000 habitants. Cette pénurie affecte aussi l'activité de pédo-psychiatrie.

Pierre Rivière⁵⁹, psychiatre pour enfants, explique « *qu'aujourd'hui, 1 % de population est schizophrène et que la majorité n'est pas soignée. Du coup, lorsqu'ils n'ont plus de famille, ils errent dans les rues quand ils ne se font pas renverser par une voiture ou exploiter sexuellement ou tabasser dans la rue. Ils finissent par voler une pomme ou par casser quelque chose et ils se retrouvent en prison. La moitié de la population incarcérée aujourd'hui souffre de troubles psychiatriques graves* »... « *Actuellement, le temps de présence de psychiatre dans les établissements spécialisés pour enfants et adolescents s'élève à 0,17 %* »... Et il ajoute : « *Il y a des actes immédiats à faire. Il n'a fallu qu'une signature pour fermer des écoles d'infirmières, il suffit d'une signature, c'est-à-dire d'une volonté politique, pour les rouvrir.* »

Dans le secteur sanitaire, tant pour la médecine ambulatoire que pour la médecine hospitalière, les inégalités de répartition géographique du corps médical et paramédical, pour la même offre de soins mais aussi dans certaines spécialités, remettent en cause le principe d'égal accès de tous aux soins et à la prévention.

Le monde rural de manière particulièrement aigu, mais également certains des départements situés au nord de la Loire, peinent à rassembler et à conserver, du fait d'une attractivité trop faible, les professionnels du soin et de l'action sociale qui leur sont nécessaires. Certains quartiers difficiles n'arrivent plus à réunir le nombre de médecins généralistes ou de travailleurs sociaux dont la population a besoin. Une ville de Mayenne (Le Pré-en-Pail, 2 500 habitants)

⁵⁹ Audition devant la section du travail du Conseil économique et social du Docteur Pierre Rivière, médecin psychiatre, le 10 mars 2004.

vient à ce titre d'aller recruter en Espagne, le médecin généraliste qu'elle ne réussissait pas à trouver en France. Question des moyens humains disponibles sur le territoire, le problème est au moins autant celui de leur répartition et des conditions de leur mobilisation.

De nombreuses institutions spécialisées, qui se développent en raison de la demande importante de leurs publics, telles celles relevant de l'action gériatrique par exemple, ne parviennent pas à recruter tous les personnels médicaux et infirmiers qu'il leur faut et ce, alors que les moyens financiers sont prévus au budget de la structure.

Il est totalement édifiant de réaliser que rien de vraiment substantiel n'a été entrepris pour éviter cette pénurie actuelle car elle n'est ni fortuite ni imprévisible. En effet, il y a de cela six ans maintenant, une étude menée par le service statistique du ministère des Affaires sociales annonçait publiquement et documents statistiques à l'appui, que le nombre de médecins en activité, chirurgiens, psychiatres et plusieurs autres spécialistes médicaux, allait baisser fortement à l'horizon 2005-2010. A l'identique, d'autres travaux ont révélé officiellement dès 1992 que la population des infirmiers vieillissait déjà sensiblement alors que le nombre de jeunes diplômés d'état diminuait.

Quinze ans et 15 000 postes non pourvus plus tard, comment admettre que l'on en soit arrivé à devoir former actuellement en grande urgence, au risque de saturation de l'appareil de formation théorique et pratique. Cette façon de faire, pour le moins heurtée, de gestion des emplois du secteur n'a vraiment rien eu de prévisionnelle et décrédibilise vraiment ceux qui l'ont générée. Il n'est pas sûr non plus que cette pénurie de personnels infirmiers n'ait pas imprudemment fait courir des risques à la population pour le cas où une catastrophe sanitaire se serait produite.

De plus, en période de rareté, les professionnels présents sur le terrain sont tellement sollicités du fait de leurs qualifications et de leurs savoirs qu'ils finissent par s'épuiser progressivement. Cet épuisement professionnel est actuellement ressenti et exprimé par un nombre croissant de personnels. Faute de l'entendre et de pouvoir y apporter des solutions - celles-ci reposant sur des embauches qu'on n'arrive plus à faire -, les employeurs constatent que trop de salariés diplômés les quittent ou usent intensément de la mobilité, recherchant ailleurs de meilleures perspectives de déroulement de leurs carrières.

Il est nécessaire d'agir désormais sans tarder, du fait de la longueur des formations. En effet, quatre ans d'études sont requis pour diplômer un professionnel au niveau III⁶⁰ et il faut prévoir dix ans minimum pour en former au niveau I⁶¹.

Ceci est d'ailleurs d'autant justifié que les salaires pour rémunérer des diplômés existent dans les comptes des structures employeurs. Ainsi, dans le secteur social et médico-social, il arrive que 20 % de certains postes éducatifs inscrits au budget accepté par la tutelle financière soient tenus par des personnels en situation précaire et dénommés faisant-fonction du fait qu'ils ne sont pas en

⁶⁰ Tels un infirmier ou un éducateur spécialisé en cours d'emploi.

⁶¹ Tels un anesthésiste ou un psychiatre.

capacité de produire le diplôme exigé par les textes réglementaires et contractuels.

Dans les établissements et services de certaines régions, comme sur des postes éducatifs à diplôme de niveau IV (moniteurs éducateurs par exemple), il n'est pas rare que ce pourcentage grimpe à 30 % et plus. En Ile-de-France, il manque depuis plusieurs années plus de 2 000 travailleurs sociaux et les difficultés s'accroissent pour recruter des professionnels expérimentés sur les postes d'encadrement.

Parallèlement, un nombre conséquent d'employeurs ne parvient plus à trouver le personnel dont il a besoin pour travailler au maintien à domicile des personnes âgées ou dans les maisons de retraite. Ainsi, pour l'Association des directeurs d'établissement d'hébergement de personnes âgées (ADEHPA) dont l'un des représentants a été auditionné par la section du travail⁶², les besoins de création de postes à temps plein dans ces établissements sont estimés à 95 000 pour atteindre un ratio minimal d'encadrement de 0,6.

Au surplus, les besoins de prise en charge de personnes âgées sont amenés à s'accroître significativement dans les années et la période à venir, besoins d'ores et déjà mesurables par l'allongement des listes d'attente des établissements accueillant des personnes âgées, accentué par l'émergence du grand âge comme donnée nouvelle nécessitant des prises en charge adaptées (maladie d'Alzheimer notamment). Au-delà, Pascal Champvert, Président de l'ADEHPA, souligne que « *la France continue d'avoir deux à trois moins de professionnels par personne âgée que les pays voisins* ». Il estime nécessaire la création de 250 000 postes dans les établissements pour parvenir au taux d'encadrement en vigueur en Allemagne (8 pour 10 contre 4 pour 10 en France) et ce, malgré l'annonce d'un plan gouvernemental prévoyant 15 000 créations sur cinq ans.

Simultanément, dans l'aide sociale à l'enfance et des placements familiaux spécialisés, il est devenu vraiment ardu de pouvoir recruter des assistantes maternelles spécialisées.

Cette situation n'est pas due au fait que les établissements ne fonctionneraient pas à pleine capacité. Bien au contraire, au 31 décembre 2001, près de 3 000 établissements et services médico-sociaux offraient 131 000 places aux enfants et adolescents handicapés, ce qui correspond à un taux d'occupation de 99 % lequel est significatif d'une saturation des capacités d'accueil comme le souligne la DREES⁶³.

⁶² Audition devant la section du travail du Conseil économique et social de Gérard Joubert, directeur de maison de retraite, association des directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées, le 25 février 2004.

⁶³ *Les établissements et services pour enfants et adolescents handicapés en 2001*, Etudes et résultats n° 288, février 2004, DREES.

La prise en charge du handicap, de la perte d'autonomie et des inadaptations, souffrirait actuellement d'un manque de 15 000 places pour les enfants et de 30 000 places pour les adultes, dans les établissements essentiellement médico-sociaux. Et il reste qu'un nombre de plus en plus important de personnes en situation de handicap adultes et polyhandicapées, n'ont malgré tout pas d'autre solution que de rester vivre toujours au domicile de leurs parents. Pour un pays moderne et développé, il n'est pas acceptable que 3 000 de nos enfants, sans place en France, soient encore contraints d'aller chercher une place hors de nos frontières, pour être pris en charge au sein d'établissements et services spécialisés.

Il apparaît absolument essentiel que les autorités compétentes ne remettent pas une fois encore à plus tard la décision de répondre aux besoins d'embaucher le nombre nécessaire de salariés de l'action sanitaire et sociale ni qu'elles délèguent unilatéralement à d'autres leurs propres responsabilités. Les efforts supplémentaires de recrutement immédiat et de formation des personnels pour pourvoir tous les postes actuellement vacants doivent être rapidement entrepris.

I - LE COÛT DES PERSONNELS SANITAIRES, MÉDICO-SOCIAUX ET SOCIAUX

D'emblée, il apparaît que celui-ci ne peut être dissocié du coût global des prestations de santé et d'action sociale dans notre pays, sans compter les coûts économiques et sociaux que l'action sanitaire et sociale permet d'éviter, et qui ne sont, du fait même de leur nature, pas nécessairement matérialisables. Ceci, puisque bien évidemment ce ne sont pas des robots ni les machines qui font des actes pour soigner les gens et pour développer la cohésion sociale. D'ailleurs, si l'on examine la composition des budgets des établissements et services de l'action sanitaire et sociale, on s'aperçoit tout de suite que les lignes budgétaires correspondant à la rémunération du personnel pèsent significativement (autour de 70 %, voire plus dans l'action sociale) sur le montant du budget de ces structures.

Ce secteur est donc principalement un secteur de main-d'œuvre, avec tous les avantages humains mais également toutes les conséquences budgétaires que cela peut représenter. Lorsque l'on veut faire baisser le prix de l'intervention, sauf à choisir de comprimer les dépenses salariales, par exemple l'ancienneté et la reconnaissance du diplôme, ou encore diminuer l'effort de formation et de qualification en cours d'emploi de ces personnels, ce qui ne peut qu'altérer la qualité du soin et de l'aide dispensés, il est difficilement envisageable d'opérer des économies significatives sur chacune des prestations proposées.

A moins, bien entendu, comme le choix en a pu en être fait ces dernières années, de tenter d'agir sur le nombre d'actes c'est-à-dire en intervenant sur le volume potentiel des actes, sur l'offre de soins et de services. Mais la population l'admet-elle ? Et les professionnels du secteur peuvent-ils y parvenir ?

Cette question est à examiner de près et dans des délais rapprochés tant la solution est attendue. Plusieurs rapports, dont celui, remarqué, du Haut comité sur l'avenir de l'assurance maladie, ont tenté d'apporter leur réponse. Sur le fait de savoir comment des pays disposant de systèmes proches ou comparables au nôtre ont pu gérer l'évolution de l'activité simultanément à celle de la dépense, on prendra en compte le rapport du CREDES⁶⁴ pour la Cour des comptes⁶⁵, parce qu'il présente l'avantage de se pencher sur le parallélisme ainsi que sur le résultat des démarches de systèmes hospitaliers analogues au nôtre.

En l'occurrence, dans les six pays étudiés (Royaume-Uni, Espagne, Québec, Pays-Bas, Suède, Allemagne), les réformes de santé ont toutes tenté de maîtriser les dépenses, en mettant en place le co-paiement, le panier de soins, la diminution du nombre de places et de lits, autrement dit l'action sur l'offre, etc.

Quelques années plus tard, les experts ont été amenés à conclure que ces mesures n'avaient pas entraîné d'un point de vue économique une involution importante des dépenses et que du point de vue social, le bilan n'était pas particulièrement satisfaisant. Ainsi, avec les gouvernements concernés, les spécialistes qui ont identifié les problèmes auxquels ils sont actuellement confrontés, exposent que dans tous les pays à l'exception de l'Allemagne - où cela ne semble pas être un objet de préoccupation -, la population est confrontée aujourd'hui à un système de listes d'attente ainsi qu'à des délais croissants. Pour plusieurs pays, l'articulation entre les soins de ville et les soins hospitaliers sont problématiques. Enfin, la pénurie de main-d'œuvre infirmier constitue au terme de l'analyse un point commun à tous les pays étudiés, à l'exception de l'Espagne.

Cet état des lieux raisonne familièrement à nos oreilles, car devant ces problèmes, il ne semble pas que nous soyons seuls. Il est même surprenant de constater que le Québec qui, à l'inverse du dispositif sanitaire du Royaume-Uni, bénéficie dans l'opinion et les milieux professionnels concernés, d'une image *a priori* très positive s'agissant du secteur sanitaire social médico-social, est aujourd'hui confronté au fort endettement de ses établissements de soins et au problème crucial de l'engorgement de ses urgences. Ceci, au point que certains établissements publieraient quotidiennement sur Internet le nombre de personnes en attente « sur civière » dans leurs services d'urgence.

Nonobstant les éléments qui précèdent, même si la vie n'a pas de prix et que toute souffrance doit être éliminée, il est incontestable que les Français ne pourront financer durablement leur système d'action sanitaire et sociale si celui-ci n'est pas encadré.

Pour le moment, il n'est pas vain de rappeler que l'argent dépensé dans ce secteur fait aussi travailler directement plusieurs centaines de milliers de salariés auxquels participent à leur tour à la vie économique du pays en consommant pour leurs familles et eux-mêmes, qu'il suscite des milliers d'emplois indirects, qu'il aide au fonctionnement des industries, entre autres pharmaceutique, de

⁶⁴ Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé.

⁶⁵ *Le fonctionnement des hôpitaux dans six pays étrangers*, de Julien Mousquès et Valérie Paris, avril 2002.

l'équipement médical, de la restauration collective, que par ses investissements de construction ou de rénovation des établissements, il contribue à faire fonctionner le secteur du bâtiment et qu'il induit bien d'autres activités dont le commerce profite à tout le monde.

Le secteur sanitaire et social est également et même premièrement, une force sociale car il agit pour endiguer la violence et prévenir les effets sur l'homme du désespoir, il agit pour réinsérer ceux qui ont été en marge de la société, il génère de la cohésion sociale pour toute notre collectivité. Il soigne également les mal portants, il soutient les personnes en situation de handicap et invalides, il prévient les pandémies et les épidémies, il apporte de la sécurité pour mettre chacun en situation de mener sa vie quotidienne, il combat les origines de la maladie, il aide les enfants à parvenir au stade adulte, il contribue à entretenir la force productive des travailleurs...

Au travers de son système de prise en charge par des services d'urgence disséminés sur l'ensemble du territoire, le système français allie, quoique dans des conditions qui demanderaient parfois à être précisées, le soutien sanitaire et l'appui social de populations pour lesquelles ces services demeurent un point d'entrée extrêmement important. Dans le meilleur des cas en effet, ainsi qu'en attestent certaines expérimentations locales, l'articulation au sein des services d'urgences de compétences sanitaires (généralistes et spécialisées) et sociales, permettent une prise en charge réactive et adaptée des situations d'urgence et de détresse dont les origines et les conséquences peuvent aller du sanitaire strict au social pur, en passant par tous les types de situations mêlant les deux dimensions.

Mais il existe certainement encore des possibilités d'influer sur le prix de revient des prestations. Par exemple, il devrait être possible d'inclure davantage la prise en charge du patient dans une intervention plus organisée, impliquant une coordination intelligente des acteurs de soins et des intervenants sociaux et médico-sociaux.

Pour illustrer cette théorie, nous nous rappellerons qu'il a été plusieurs fois rapporté par les personnes auditionnées par la section du travail qu'aux urgences hospitalières se présentent un nombre très important de personnes en attente d'un soin alors qu'elles ont de fait essentiellement des difficultés d'être et des problèmes médico-sociaux, qui ne sont pas nécessairement traités par ailleurs.

On peut dès lors se questionner sur le fait de savoir s'il est justifié de mobiliser tout un secteur de l'hôpital très technicisé pour traiter de tels cas alors qu'en l'occurrence une intervention sociale pourrait à l'évidence se révéler plus efficace.

Beaucoup d'acteurs du secteur conviennent que la mise en œuvre de véritables organisations de santé peut représenter un progrès économique et social, si bien sûr elles ont comme premier objet l'intérêt de la personne soignée ou aidée. Cette approche implique l'organisations des soins de premier recours encourageant les pratiques coordonnées (réseau général de santé et de proximité, formes d'exercice coopératif et multiprofessionnel dans le cadre de l'exercice libéral, maisons médicales, maisons de santé, centres de santé...) assurant la

permanence des soins et centrée sur le médecin traitant qui est le mieux placé pour orienter son patient dans le système de santé. Ce système de soins de premier recours associant la médecine de ville et les intervenants sociaux et médico-sociaux doit faciliter l'accès et la coordination avec l'hôpital lorsque l'état du patient le justifie.

Mais ce mouvement ne sera couronné de succès que si chacun d'entre eux s'approprie les nouvelles technologies de l'information et de la communication, en constate l'utilité et le caractère pratique, et enfin adhère au principe de garantie de la continuité des soins et de protection de la confidentialité des informations. Enfin, il nécessite de manière impérative une mise en commun des données et des pratiques, ainsi que la multiplication des occasions collectives d'échange sur les questions de projets de service et d'organisations qui en résultent.

L'usage des moyens modernes par les personnels, la formation continue des acteurs de l'action sociale, l'organisation et la cohérence collective de l'intervention sanitaire et sociale, la responsabilisation de tous les personnels à tous les échelons pour contrôler les dépenses et lutter contre les formes de gaspillages, ne sont certes pas des formules particulièrement neuves mais peut-être que si elles étaient enfin généralisées, les dépenses sanitaires et sociales seraient maîtrisées et qu'en tout cas, personne ne serait vraiment fondé à faire au secteur sanitaire et social le procès d'être par trop dépensier.

II - LES ENJEUX A VENIR

A - GÉRER L'ACCROISSEMENT DE LA LONGÉVITÉ, LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET L'AUGMENTATION DU NOMBRE DES PERSONNES ÂGÉES

Le « *vieillessement* » est défini par l'OMS comme « *le processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps* ». La longévité de la population, c'est-à-dire l'allongement de la durée moyenne de vie, combinée à l'augmentation considérable et rapide du nombre et de la proportion de personnes âgées parmi nous, a des incidences directes certaines sur notre système et en aura encore davantage sur la politique de santé publique à venir.

Heureusement, les personnes âgées d'aujourd'hui peuvent espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé. En 2001, l'Union Européenne comptait 62 millions de personnes âgées d'au moins 65 ans contre 34 millions seulement en 1960. Actuellement, les personnes âgées représentent 16 % de la population totale de l'Europe des quinze. Rapportées à la population en âge de travailler (15 à 64 ans), les personnes âgées représentent 24 % de l'ensemble. Cette proportion devrait atteindre 27 % d'ici 2010. Au cours des 15 prochaines années, le nombre de personnes du quatrième âge (80 ans et plus) augmentera de près de 50 %.

En France, des études ont démontré qu'entre 1980 et 1991, l'espérance de vie sans incapacité a progressé de 3 ans pour les hommes et de 2,6 ans pour les femmes, alors que l'espérance de vie totale a progressé dans le même temps de 2,5 ans.

Il reste que l'allongement de l'espérance de vie conduit un nombre croissant de personnes à développer des maladies chroniques - on recense 18 pathologies liées au vieillissement - dont la prévention primaire concerne tous les âges.

Le vieillissement de la population incite d'un côté à concevoir une prise en charge, bien élaborée et ciblée, des personnes très âgées tout en prévoyant simultanément, de l'autre côté, la limitation des conséquences fonctionnelles d'affections liées à l'âge. Celle-ci passe par d'importants et permanents efforts de prévention auprès de la population, qui prennent en compte et associent les facteurs médicaux et sociaux. Le nombre de personnes âgées augmentant donc de façon importante et de manière prévisible, le problème de la perte d'autonomie est déjà devenu crucial. En effet, même s'il n'est pas systématiquement lié à l'âge, il en relève le plus souvent.

Ici sont posées de vraies questions de société auxquels nos systèmes de santé et de protection sociale devront apporter des solutions humaines. Le coût économique de la réponse jouera un rôle déterminant. Il devra prendre en compte le fait que, en 2010, plus de 10 millions de Français auront 65 ans et plus. Le coût - vraisemblablement élevé - sera-t-il prépondérant ? La dimension sociale va-t-elle prévaloir ?

En tous cas, vu l'ampleur annoncée des besoins de places et d'interventions spécialisées en direction des personnes âgées, pour beaucoup de citoyens le projet gouvernemental d'instituer la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie⁶⁶ n'apportera sûrement pas seule la clé financière adaptée.

D'autres pistes doivent être suivies, particulièrement la conduite intelligente de l'optimisation du système sanitaire et social, sans la déconnecter de la prise en considération du degré de satisfaction d'une population responsabilisée, objectivement informée et démocratiquement appelée à s'exprimer sur le sujet, car finalement c'est de leur vie qu'il s'agit.

Pour ce qui concerne la prise en charge des anciens, les familles croient beaucoup dans les réponses de proximité. On le constate déjà avec la sollicitation intense des services d'aide au maintien à domicile présents dans les quartiers et villages. Cette demande s'accompagne d'une exigence de disponibilité de personnels dont l'intervention sanitaire ou sociale est de qualité, accomplie au juste prix et comprise comme le résultat d'une politique résolument économique plutôt que d'une politique résolue d'économies. Car il faut le rappeler, c'est le malade, c'est l'utilisateur qui a été placé par la loi au cœur du dispositif et non en premier lieu les questions de budget.

En tout cas, si l'on veut permettre au plus grand nombre d'individus de vieillir en bonne santé, ce qui somme toute constitue un objectif logique des politiques de santé, il paraît essentiel, ainsi que le Conseil économique et social

⁶⁶ Cf. à ce sujet, l'avis adopté par le Conseil économique et social le 3 mars 2004 sur « *Pour une prise en charge collective, quel que soit leur âge, des personnes en situation de handicap* », rapport présenté par Maurice Bonnet au nom de la section des affaires sociales.

en a récemment formulé la préconisation⁶⁷, de former de manière large à la prévention les acteurs du sanitaire et du social. En effet, les « préventeurs » dont la mission est décrite dans le rapport visé, doivent avoir pour objectifs de développer auprès de la population et à chacune des étapes de la vie des actions ciblées de prévention. Les professionnels du secteur social et médico-social ainsi que ceux du secteur sanitaire doivent à cet égard, dès lors qu'ils seront dans ce domaine mieux formés et outillés, combiner leurs activités chaque fois que nécessaire sur tout le territoire et dans tous les lieux afin d'agir pertinemment sur ces causes et en traiter les effets.

Plus particulièrement, si l'on ne veut pas que soient exacerbées pour un grand nombre de personnes âgées les inégalités de santé déjà existantes par ailleurs, ni que l'âge devienne un critère d'exclusion dans l'accès aux soins, il y a lieu d'intervenir en amont des soins et sur les déterminants des difficultés de santé tout en s'attachant à bien comprendre les phénomènes sociaux qui amènent, par exemple, certaines parties de la population à adopter des comportements à risques.

Ainsi aurions nous pu éviter un surcroît de décès de 14 947 de nos compatriotes - les personnes blessées et diminuées n'ayant pas été encore dénombrées - du fait de la canicule intervenue entre le 4 et le 18 août 2003. Si tous les protagonistes concernés par ce drame épouvantable ne sont pas tombés d'accord sur les motifs, la plupart d'entre eux conviennent cependant que le l'insuffisance de lits accessibles, le manque de personnel disponible durant cette période de vacances estivales, ainsi qu'un taux d'encadrement structurellement insuffisant dans le secteur, en ont été des facteurs cruciaux.

Et comme il est bien connu que les gens âgés sont plus malades que les plus jeunes, leur part de demande de soins et de services médico-sociaux croît et croîtra mécaniquement, comme Dominique Polton⁶⁸ nous le rappelle, d'environ 1 % par an d'ici 2020.

Alors, si l'on veut vraiment faire face au défi déjà repéré et même engagé, de l'accroissement du nombre de personnes âgées et si l'on veut collectivement les suivre et les aider, il est clair qu'il faut procéder sans plus attendre aux embauches indispensables ainsi qu'aux promotions possibles.

Dans le même temps, apparaît l'exigence d'une planification du recrutement continu d'un effectif qualifié et justement proportionné à la démographie exponentielle, et bien connue maintenant, des plus de 65 ans.

B - RÉPONDRE AUX BESOINS DE COHÉSION SOCIALE

Le traitement social du chômage durable, ainsi que de la pauvreté qui représente fréquemment l'une de ses conséquences, justifie lui aussi que l'on recrute suffisamment de personnels pour que leurs effets ne conduisent pas à une situation sociale difficilement réversible.

⁶⁷ Avis adopté par le Conseil économique et social le 26 novembre 2003 sur *La prévention en matière de santé*, rapport présenté par Guy Robert au nom de la section des affaires sociales.

⁶⁸ Economiste et statisticienne, rapporteure principale du rapport *Quel système de santé à l'horizon 2020 ?*

Le souci retrouvé de cohésion sociale de la Nation a récemment été matérialisé par la création d'un nouveau grand ministère *ad hoc*, oeuvre politiquement dans le sens du refus de l'exclusion et par conséquent, agit en faveur de l'intégration de tous à la collectivité nationale.

Ceci s'avère d'autant plus indispensable que la nécessaire prise en compte de l'individu en tant que tel dans l'organisation sociale se réalise présentement de plus en plus souvent sous la forme d'un conflit et par le développement constant de l'agressivité. Il est vrai que parfois les personnes en difficultés ont fait l'objet de violence dans leur parcours, ou ont connu des situations stigmatisantes et une succession de procédures et d'échecs, mais cela ne justifie pas le recours à la force ni à la contrainte.

Il faut que notre société continue à s'équiper des structures d'accueil qui répondront par le professionnalisme de ses acteurs à l'évolution de ces problématiques de relations sociales qui veulent qu'à une violence réponde une autre violence, dans une logique d'escalade qui conduit inévitablement, en l'absence de régulations, à des passages à l'acte.

Enfin, la massification des problèmes sociaux est une donnée qu'il convient absolument d'intégrer dans nos raisonnements et actions collectifs. Depuis le début de cette année, des indications en ce sens nous ont été livrées. Ainsi la France compte-t-elle plus d'un million d'enfants qui vivent en dessous du seuil de pauvreté et le nombre de personnes en situation de précarité voire de grande précarité atteint près de 4 millions.

C - S'ORGANISER COLLECTIVEMENT POUR RÉPONDRE AUX NOUVEAUX BESOINS

Depuis avril 1996, les ordonnances ont organisé un dispositif national de concertation pour éclairer les pouvoirs publics dans leur appréciation de l'état de santé et des besoins des populations ainsi que dans la détermination d'objectifs annuels et pluriannuels. Sont venus s'y ajouter les observatoires régionaux de la santé qui représentent également un appui important des services de l'Etat en tant qu'antennes d'informations organisées en réseau. Complémentairement, des dispositifs de veille sanitaire et de suivi social rendent périodiquement compte de leur activité aux responsables nationaux de l'action sanitaire et sociale.

La nouvelle législation en faveur des personnes en situation de handicap, dont l'adoption est prochainement programmée, devrait également améliorer les droits de ces dernières. Elle appellera à coup sûr des moyens humains et matériels supplémentaires. Se posera aussi dans le court terme la question du devenir des personnes en situation de handicap, vivant aujourd'hui avec leurs parents âgés de 70 ou de 80 ans. Beaucoup de ces derniers se déclarent, à juste titre, très préoccupés par la réponse humaine que notre collectivité nationale apportera à leurs enfants incapables d'autonomie, lorsqu'ils ne seront plus là pour veiller sur eux.

Par ailleurs, dans une société moderne comme la nôtre, il est fréquent que les deux parents aient une activité professionnelle. Leurs attentes sont dès lors très fortes en matière d'accueil de leurs jeunes enfants.

De plus, leurs exigences de proximité, de qualité, de disponibilité et de sécurité sont fort grandes. Mais beaucoup de jeunes parents qui vivent la situation d'attendre une place en crèche ou en garderie sont aujourd'hui frustrés du fait de la forte carence d'établissements de puériculture.

Il est certain que si l'on veut que notre pays continue à renouveler ses générations, qu'il dynamise sa démographie, qu'il développe une politique nataliste efficace, tout cela pour préparer demain, il faudra qu'il améliore sans cesse, quantitativement et qualitativement, les moyens d'aider les familles qui auront des enfants. A cet égard, parmi les multiples formules existantes pour la prise en charge des enfants en bas âge, les crèches, qui peuvent être d'entreprise, parentales, autogérées, associatives ou municipales, constituent les formules les plus plébiscitées par les familles. Leur gestion, sur lesquelles le rapport n'a pas vocation à développer plus avant, s'avère radicalement différente en fonction du statut de celle-ci et le celui de ses personnels.

Une politique en faveur de la petite enfance ne saurait oublier les « petits hommes » qui peuvent souffrir de maladies invalidantes, d'incapacités graves ou de difficultés sociales majeures, toutes particulièrement difficiles à gérer affectivement et émotionnellement. Ces cas, souvent douloureux, exigent au plus haut point la présence auprès des parents ou des tuteurs, d'équipes professionnelles multidisciplinaires en nombre adapté aux besoins. Des pédiatres et des personnels spécialisés et qualifiés dans ce domaine de la petite enfance, seront donc également à recruter afin que tout un chacun et chaque famille, puisse trouver sa place dans une société à laquelle nous sommes fiers d'appartenir.

D - RESTAURER LA CONFIANCE DES PERSONNELS

Celle-ci passe vraisemblablement par la reconnaissance de l'apport des acteurs sanitaires et sociaux à notre société au plan collectif comme au niveau individuel. A cet effet, la promotion médiatisée des métiers de ce secteur paraît urgente, afin que la population améliore sa connaissance du fonctionnement des institutions et des conditions d'exercice des professionnels et pour les plus jeunes, qu'ils aient envie de venir travailler dans ces secteurs.

Beaucoup reste à faire dans la perspective de revaloriser l'image du travail accompli dans le champ sanitaire et social. Il n'est pas interdit d'imaginer que les pouvoirs publics, qui sont compétents dans les secteurs du soin et de l'intervention sociale décident de débloquer des crédits comme la Défense nationale vient de parvenir à le faire et s'inspirent des récentes campagnes publicitaires vantant l'excellence de ses métiers et proposant au recrutement statutaire des centaines de postes de militaires.

Et puis, pour ceux dont le métier n'est pas de se préparer directement à défendre le pays mais plutôt de soigner les blessés et de réinsérer les personnes en situation de handicap, la revalorisation sans cesse espérée de leurs statuts publics ou de leurs contrat de travail et conventions collectives nationales représenterait, grâce à de meilleurs déroulements de carrière apportant un peu de confort de vie, une avancée susceptible de fidéliser les professionnels et de

renouveler ses cadres. On ne peut indéfiniment ignorer les déclarations des personnels sociaux et sanitaires en fonction, affirmant que, globalement, les salaires et les évolutions de carrière actuellement proposés ne sont malheureusement pas à la hauteur de l'investissement demandé et des conditions de travail difficiles.

C'est peu de dire que le passage aux 35 heures n'a pas été contrebalancé à due proportion en termes d'effectifs dans les structures sanitaires et sociales et que cela a rendu plus difficiles les conditions de travail des personnels. A titre d'exemple, en septembre 2003, les hôpitaux publics n'avaient embauché que 11 000 salariés non médicaux à temps plein sur les 37 000 qui étaient prévus pour la période 2002-2004, au regard de l'estimation initiale des 45 000 postes nécessaires à la compensation.

Une étude de la DREES⁶⁹, réalisée entre novembre 2002 et février 2003, l'avait d'ailleurs aussi confirmé. Cette dernière a montré que le sentiment global, malgré l'octroi de jours de repos supplémentaires et une meilleure prévisibilité des jours de travail et de repos, est celui de conditions de travail plus difficiles. Parfois même, les nouveaux effectifs obtenus ont été répartis sur des services jugés prioritaires parce que jusque là les plus dégarnis, intensifiant par conséquent le travail et le stress de ceux travaillant dans les autres services. Ces compensations de la réduction du temps de travail en termes de nouvelles créations de postes ont donc encore besoin d'être complétées.

C'est pourquoi il apparaît aux salariés sanitaires et sociaux indispensable et urgent que soit compensée intégralement la réduction du temps de travail en recrutant les postes qui manquent et les dotant des professionnels diplômés nécessaires. Il leur paraît tout aussi indispensable et urgent de remettre des personnels formés et qualifiés dans les établissements où le travail est difficile voire ingrat, en le motivant par des mesures indemnitaires et d'exercice professionnel négociées qui leur soient suffisamment favorables au point de les attirer sur ces emplois spécifiques et pénibles. Réalisons bien qu'il s'agit là d'un enjeu majeur.

Au vu de l'ampleur de la pénurie qui se profile, si l'on veut continuer à accéder aux soins et à l'éducation et prévenir l'implosion générale, il faut cesser de trop compter sur la bonne volonté des acteurs. La hiérarchie trop souvent perçue comme étouffante, la multiplication des intervenants auprès du patient parce qu'elle dilue la qualité relationnelle, l'augmentation des tâches administratives sans fin et paraissant inutiles, les charges physiques et morales à assumer isolément, le sentiment de déshumanisation, figurent parmi les reproches les plus souvent cités par les professionnels en exercice, comme participant à ce désenchantement diffus qui contribue à la fuite des collègues et à la perte d'attractivité de ces métiers.

⁶⁹ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques auprès du ministère chargé des affaires sociales et de la santé.

Un souhait est également émis par les professionnels qui vise à débarrasser les systèmes de santé et d'action sociale de leur grande mais inutile complexité, à réduire les bureaucraties installées qui entraînent tout autant un gaspillage des ressources humaines qu'une perte d'énergie considérable.

Dans le même ordre d'idées, les personnels se satisferaient d'une stabilisation du fonctionnement de ces secteurs, en s'attachant à éviter la redondance des organismes et des procédures, et en veillant à ne pas multiplier davantage les textes de lois, les décrets et les arrêtés.

A cet égard, et pour nombre de travailleurs du secteur sanitaire, le plan hôpital 2007 doit encore démontrer qu'il porte en lui-même les vraies conditions d'une avancée significative de leurs conditions d'exercice professionnel et qu'il a été effectivement conçu pour le bénéfice de toute la collectivité tant nationale qu'hospitalière.

Par ailleurs, comme les personnes et organismes que nous avons auditionnés l'ont rappelé, un nombre important de professionnels réclame également un meilleur décloisonnement entre les services, les secteurs, les personnels, sans oublier les formations initiales de ceux-ci. La compréhension du travail de son collègue, l'approche de ce que va vivre après soi le patient ou la personne aidée, ont une importance réelle pour les salariés sanitaires et sociaux, car cela permet de se situer par rapport aux autres, dans un ensemble, dans une logique globale dédiée à l'usager. Ils expliquent également qu'en appréhendant mieux sa place dans le système, on évite cet individualisme qui nuit à tous et on perçoit mieux les raisons du changement. A notre sens, si cette attitude, qui suppose aussi une certaine confiance dans le collectif, était mise en œuvre et généralisée, l'intégration dans le travail de la démarche d'évaluation en serait sans doute facilitée.

E - RÉPONDRE À LA PÉNURIE ANNONCÉE DE PROFESSIONNELS

Plusieurs données chiffrées sont disponibles à ce jour. Ainsi, au 31 juillet 2003, un poste d'infirmier ou d'aide-soignant sur quatre était vacant faute de candidats dans les maisons de retraite médicalisées de la région parisienne, ainsi qu'a eu l'occasion de l'indiquer à cette période l'association des directeurs d'établissements d'hébergement pour personnes âgées. De son côté, le docteur Jack Meurette, qui préside l'Union des chirurgiens de France a dénoncé, à l'issue des états généraux de la profession qui se sont tenus fin 2002, une situation réellement explosive pour la chirurgie française prédisant également que d'ici quinze ans, il manquerait 2 000 chirurgiens en France.

Les listes d'attente pour l'obtention de rendez-vous, qui peuvent aller de plusieurs mois jusqu'à un an pour la consultation d'un psychiatre en centre médico-psycho-pédagogique, révèlent aussi qu'il manque significativement de médecins spécialisés en psychiatrie dans le pays. 700 postes de psychiatres sont actuellement vacants dans les hôpitaux spécialisés et 800 (souvent à temps partiel) le sont dans les établissements médico-sociaux. L'association CD-Psy annonçait, lors d'une conférence de presse en mai 2003, que si l'on comptait aujourd'hui plus de 13 000 psychiatres en France, la pyramide des âges était telle

qu'il n'y aurait plus selon les chiffres officiels, que 7 000 d'entre eux en poste à l'horizon 2015-2020.

Quant à lui, le rapport sur la démographie des professions de santé remis par le professeur Yvon Berland au ministre de la santé fin 2002 préconisait une réforme de l'organisation des professions de santé et un fort relèvement du *numerus clausus* de médecins. Il résumait son travail devant la presse en indiquant que les indicateurs d'alerte démographique étaient nombreux (l'indicateur de densité médicale passant par exemple de 332 médecins pour 100 000 habitants à 305 en 2012), que des pénuries disciplinaires à l'hôpital existaient et que le phénomène des files d'attente en augmentation pour certaines spécialités ou de désertification de zones rurales s'amplifiait.

Intervenant à la demande du Conseil économique et social, Didier Tronche⁷⁰ représentant la partie employeurs de la commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle du secteur sanitaire et social sans but lucratif, a informé la section du travail du CES que le secteur social médico-social souffrait d'une pyramide des âges extrêmement difficile et d'une certaine « déprofessionnalisation ». Ainsi, a-t-il fait remarquer, « en 2001, 27 % de l'ensemble des salariés avaient plus de 50 ans alors que deux ans plus tôt un recensement ne faisait état que de 21,5 % ». En 2006 précisait-il, ce secteur connaîtra « une crête de 9 % des salariés ayant plus de 60 ans et dans les cinq ans qui suivront cette proportion passera à 16,5 % ».

En commentant devant nous les résultats du dernier contrat d'études prévisionnelles réalisé par cette branche professionnelle, Didier Tronche ajoutait que d'ici 2010, un tiers des éducateurs spécialisés, 28 % des assistants de service social, 31 % des infirmiers diplômés d'Etat, et plus de 30 % des puéricultrices dans le domaine de la petite enfance, allaient prendre leur retraite, ce qui signifiait qu'il allait falloir augmenter la capacité de formation du dispositif en place d'au moins 20 % sur l'ensemble du territoire.

« 50 % des cadres de direction vont partir à la retraite ce qui va constituer un vrai fléau d'organisation pour les institutions », précisait-il encore. Et puis, il faut prendre conscience que « l'ensemble des établissements et services pour personnes âgées est entouré par un personnel qui n'est pas qualifié, 85 % d'entre eux étant de niveau V ou VI, 52 % n'ayant aucun diplôme ».

Du côté de la petite enfance, ce n'est guère mieux, et pourtant c'est là que devrait être portée toute l'attention en matière de prévention, de pré-scolarisation, de préparation à l'école. 77 % des personnels encadrant la petite enfance sont de niveau V ou VI. Les diplômés sont essentiellement des responsables de crèche qui, avec des niveaux III, exercent des fonctions d'encadrement et de direction. Ces deux secteurs sont en très grande difficulté sur le plan de la professionnalisation et du niveau de qualification et cela ne peut pas nous laisser insensibles.

⁷⁰ Audition devant la section du travail du Conseil économique et social, le 10 mars 2004.

De son côté, Roger Rohart⁷¹, représentant du collège des organisations de salariés au sein de cette même CPNE-FP, a dans le même sens exposé que 60 % des crédits du congé individuel de formation - dont l'initiative appartient en principe au seul salarié - servaient en fait à financer la régularisation des postes en cours d'emploi et avec les moyens de la formation professionnelle continue, alors que les formations initiales diplômantes du secteur relèvent pourtant essentiellement de la responsabilité et du financement de l'Etat.

Il ajoutait que toutes les formules de départ en formation et de financement de celles-ci étaient constamment mobilisées pour assurer un diplôme aux personnels de ce secteur. Les contrats de qualification, l'apprentissage, le plan de formation de l'entreprise, les congés individuels de formation, et de multiples autres combinaisons ont été mises en place pour tenter de combler le déficit de qualification des salariés.

Ceci étant, on est encore loin du compte, même s'il est encore possible d'espérer qu'avec les nouvelles lois sur la formation professionnelle et sur la décentralisation, d'autres constructions de programmes de qualification verront probablement le jour. Mais les régions, qui seront de plus en plus des partenaires importants dans le domaine de la formation professionnelle initiale et continue, investiront-elles toutes et en suffisance, pour former qualitativement dans le secteur sanitaire et social ? Reproduiront-elles les défaillances de l'Etat ? Ne privilégieront-elles pas plutôt l'emploi industriel et commercial ?

Néanmoins, notre pays n'a-t-il pas finalement passé commande d'actions sanitaires et sociales aux institutions et à leurs salariés, constituantes de missions de service public en quelque sorte, afin de contribuer au développement du lien social, à une meilleure santé de tous nos compatriotes, autrement dit, à favoriser le bien-être de la population ?

Comment considérer autrement la démarche que l'on peut voir à travers les lois nouvelles qu'il a adoptées telles les lois rénovant l'action sociale et médico-sociale et celle en faveur des personnes en situation de handicap, à travers l'Hôpital 2007, à travers la programmation du plan cancer, la lutte contre la perte d'autonomie et la dépendance, la prévention de la délinquance et bientôt la loi relative aux responsabilités locales qui précise dans son article 42 que « *les formations sociales contribuent à la qualification et à la promotion des professionnels et des personnels salariés et non-salariés engagés dans la lutte contre les exclusions et contre la maltraitance, dans la prévention et la compensation de la perte d'autonomie, des handicaps ou des inadaptations et dans la promotion de cohésion sociale et du développement social* » ?

Pour nous permettre de parvenir à ces objectifs, l'Etat ne doit-il pas s'obliger à apporter les moyens qui permettent d'atteindre ces objectifs fixés par la Nation ? Faute de quoi, la loi de la République n'apparaîtra-t-elle pas stérile et la crédibilité de ses auteurs durablement mise en cause ?

⁷¹ Audition devant la section du travail du Conseil économique et social, le 10 mars 2004.

En tout cas, les éléments du présent constat apparaissent suffisamment explicites - il n'est pas productif de s'évertuer à digresser à l'infini sur ces chiffres et ces faits - pour que notre société appréhende la réalité et l'ampleur du besoin.

C'est véritablement un « plan ORSEC » pour la création d'emplois, le recrutement, la formation qualifiante et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social qu'il faudra construire.

CHAPITRE III

LES BESOINS EN RECRUTEMENT, FORMATION ET PROFESSIONNALISATION

La population française vieillit et augmente en nombre. Au cours de la prochaine décennie, le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans devrait doubler, passant de 1,2 à 2,4 millions ; à partir de 2020, les plus de 75 ans représenteront 10 % des Français. Les besoins et les attentes de l'ensemble de la population et le respect des droits fondamentaux à l'accès aux soins et à la prise en charge des difficultés sociales appellent de la part de l'Etat et des pouvoirs publics des programmes ambitieux de santé publique et d'action sociale. Face à cette évolution de la demande sanitaire et sociale, de nouvelles exigences en termes de personnels, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, viennent se surajouter aux pénuries et difficultés de fonctionnement actuelles.

Comment envisager la question de la continuité des soins et des interventions sociales de qualité dans notre pays, au regard des pénuries avérées de certains personnels qualifiés, tout comme de celles qui se profilent ?

La réponse aux enjeux actuels et à venir doit nécessairement passer par une réflexion approfondie sur les problématiques liées non seulement au recrutement, mais aussi à la formation et à la professionnalisation des salariés de l'ensemble du secteur, au cœur du système sanitaire, social et médico-social, qui se doivent d'être analysées et combinées entre elles.

I - LE RECRUTEMENT

Le secteur sanitaire et social est confronté à d'importantes difficultés de recrutement, et se caractérise par des carrières relativement courtes pour certaines d'entre elles ainsi que par de fortes rotations d'effectifs pour des emplois sensibles. Ces difficultés doivent être appréhendées tant au niveau du marché de l'emploi qu'au travers des problématiques de mobilité et de fuite des compétences. C'est également un secteur où se posent avec acuité les questions touchant à la prévention de l'usure professionnelle.

A - LES BESOINS EN PERSONNELS

La pénurie en personnels, qui touche aussi bien le secteur sanitaire que les secteurs sociaux et médico-sociaux, doit s'analyser à un triple niveau. Au-delà de l'existence d'un certain nombre de postes créés et budgétés qui demeurent vacants, en raison principalement de la difficulté ou de l'impossibilité de recruter les personnels attendus (manque de candidatures, besoin d'adaptation des qualifications, des formations...), il convient de prendre dès maintenant la mesure des conséquences en termes d'emplois, d'évolution des demandes et des besoins de la société et de l'augmentation de la population, ainsi que celle des effets massifs des prochains départs à la retraite des personnels en poste et de leur remplacement qui se pose avec acuité.

Il est toutefois difficile, en l'état actuel des éléments disponibles, de disposer d'une vision parfaite et précise des différentes situations, dans la mesure où les données statistiques sont tout à la fois multiples, disparates, incomplètes et concernent des champs et des périodes différentes. A cette difficulté s'ajoute le défaut d'une véritable gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dont souffre l'ensemble du secteur, même si ce constat doit être nuancé en fonction du caractère public ou privé, à but non lucratif ou à caractère commercial des sous secteurs, et de la capacité prospective des outils et observatoires plus ou moins récemment mis en place, qui n'ont pas encore atteint leur maturité opérationnelle. Des grandes tendances se dégagent néanmoins, corrélées avec des données plus précises sur certaines catégories de personnels ou spécialités, face à une pyramide des âges extrêmement complexe et difficile.

1. La démographie du secteur sanitaire

Les besoins en matière de personnels médicaux et soignants s'inscrivent, de fait, dans une tendance à la hausse dans les prochaines années. Une offre de soins de qualité et de sécurité dépend incontestablement de la démographie des professions de santé.

Dans la fonction publique hospitalière, selon une étude de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins⁷², sur une population de 702 000 agents en 1 999, 383 000 départs à la retraite vont intervenir jusqu'en 2015 soit 55 % de l'effectif total ; le pic se situant en 2 012 avec près de 30 000 départs sur un an. La filière de soins qui regroupe près de 7 agents sur 10 soit 503 000 personnes devra faire face, quant à elle, à 279 500 départs. Ainsi, à titre d'exemple, d'ici à 2015, 54 % des infirmiers de la fonction publique hospitalière (94 000 personnes) vont partir à la retraite ainsi que 57 % des aides-soignants (100 000 personnes).

On s'attachera ici plus particulièrement à la situation des médecins et des personnels infirmiers, catégories pour lesquelles on dispose de données et d'analyses prospectives plus précises, étant néanmoins souligné que les enjeux dépassent les frontières de ces seules professions, et concernent également d'autres personnels tels les aides soignants.

1.1. Les médecins

Par comparaison avec ses voisins européens, la France se situe dans une bonne moyenne quant au nombre de personnel médical de santé. Elle se caractérise cependant par des écarts importants par rapport à cette moyenne, ainsi que cela a été évoqué plus haut dans ce rapport. Des inégalités existent en termes de répartition des spécialités sur le territoire hexagonal, de répartition géographique entre le nord et le sud, entre milieux rural et urbain, voire entre exercice libéral ou activité salariée. Ces inégalités ont également été pointées dans le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

⁷² *Fonction publique hospitalière ; données démographiques à l'horizon 2015*, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, mai 2003.

Ainsi, la densité⁷³ régionale moyenne de spécialistes est de 162. Elle est plus de deux fois supérieure en Ile-de-France, région la mieux pourvue, qu'en Picardie, dans la région la moins bien servie. Pour les omnipraticiens, la densité moyenne est de 173 ; elle est 1,5 fois plus élevée dans le Languedoc-Roussillon que dans la région Centre. Au niveau départemental, la densité des médecins se présente de façon plus hétérogène, variant de 1 à 4 entre la Mayenne et Paris. Les densités d'omnipraticiens sont particulièrement fortes dans les départements du sud. Pour les spécialistes, les densités sont toujours plus fortes dans les départements où sont situés les CHU que dans les départements voisins.

L'analyse des densités médicales à un niveau plus fin fait apparaître, sur le plan de l'exercice libéral, une situation contrastée selon la taille et le type de communes (urbaines, périurbaines, rurales...). Elle confirme la présence importante de médecins dans les agglomérations, quelle qu'en soit la taille, avec une préférence pour les centres villes au détriment des périphéries.

Par ailleurs, si l'on raisonne en termes de vacances de postes, leur taux global, s'agissant des praticiens à taux plein en milieu hospitalier, atteint 18 % et est plus particulièrement marqué, en ce qui concerne le recrutement de médecins, dans les régions Picardie, Champagne-Ardenne, Auvergne, Nord - Pas-de-Calais, Basse-Normandie et Lorraine.

Les projections effectuées tant par la DREES que par le CREDES indiquent cependant une tendance à la réduction des inégalités au niveau régional, la poursuite des tendances actuelles devrait sans conteste conduire à une accentuation des disparités départementales et infra départementales avec une augmentation annoncée des écarts au détriment des zones déjà fragilisées telles les campagnes isolées ou les banlieues défavorisées, créant ainsi de véritables pénuries locales.

Les difficultés qui existent déjà pour certaines spécialités médicales risquent encore de s'accroître au point de devenir d'une extrême gravité dans les années 2010-2015 si la tendance observée aujourd'hui subsiste et s'amplifie. La densité médicale devrait chuter de 332 médecins actuellement à 305 en 2012. Plus encore, les simulations proposées par la DREES conduisent au constat d'une baisse inexorable de la densité médicale entre 2012 et 2032 au-dessous de 300, même en cas de fort relèvement du *numerus clausus*, dans l'hypothèse d'une constance des comportements d'installation et de départs à la retraite.

La baisse du nombre de médecins d'ici 2020 apparaît selon les projections démographiques effectuées par la DRESS plus forte chez les spécialistes que chez les généralistes et touche principalement l'anesthésie, la chirurgie, l'obstétrique, l'ophtalmologie, l'ORL et la psychiatrie. L'absence d'engagement est frappante dans certaines de ces disciplines dont l'exercice est particulièrement difficile. De plus en plus, les externes réussissant le concours de l'internat délaissent la chirurgie et choisissent en priorité des spécialités médicales considérées plus rémunératrices et moins exigeantes à plusieurs titres.

⁷³ La densité est le rapport entre le nombre de médecins et la population résidente ; elle est calculée pour 100 000 habitants.

Des efforts considérables doivent être entrepris en vue de développer le recrutement de jeunes professionnels et de répondre sur l'ensemble du territoire national aux différents besoins, dans le cadre d'un service public de santé et d'action sociale, ceci d'autant plus dans un contexte marqué par le vieillissement et la féminisation des personnels médicaux. Ce vieillissement accru pourrait poser problème dans certaines spécialités dont les caractéristiques de pénibilité et de disponibilité (gardes, urgences) sont importantes, mais aussi, comme le souligne le CREDES⁷⁴ « dans le dynamisme et le renouvellement de la compétence qui sont fortement corrélés à la proximité des études médicales ». S'agissant de la féminisation, elle a un impact sur le niveau global d'activité des médecins. En effet, les femmes s'avèrent avoir un taux d'activité inférieur à celui des hommes, du fait d'un plus grand recours au temps partiel, de cessations temporaires de leur activité plus fréquentes ou de cessations définitives plus précoces.

A cet égard, la question du *numerus clausus* qui intervient comme moyen de régulation démographique de la profession médicale fait aujourd'hui débat. Après les chiffres trop élevés des années 1970 où 60 000 médecins ont été formés en huit ans, le *numerus* s'est étranglé. Il ne commence à se desserrer que depuis cinq ans dans le cadre de prévisions démographiques qui annoncent une pénurie de nombreux métiers médicaux à l'horizon 2010⁷⁵. La décision qui vient d'être prise par le ministre de la santé d'élever le *numerus clausus* de 5 600 à 7 000 tend à répondre à cette préoccupation. Mais elle doit s'inscrire dans le souci constant de veiller à l'aspect qualitatif de cette mesure dans le sens de la recherche d'une qualité des soins toujours perfectible et d'une meilleure répartition des professionnels de santé en fonction des besoins locaux.

Le corollaire de cette question, qui s'inscrit dans les problématiques de politiques de santé et dépasse ainsi l'objet du présent rapport, apparaît être naturellement l'articulation du libre choix d'installation des professionnels (exercice libéral ou salarié, implantation géographique, spécialités...) et les exigences attendues d'un droit d'égal accès aux soins.

1.2. Le personnel infirmier

Les effectifs d'infirmiers ont connu un accroissement quasi continu depuis le début des années 1970 avec cependant une évolution plus ralentie ces dernières années, d'un peu plus de 3 % en moyenne de 1971 à 1997, à environ 2 % depuis⁷⁶. Au cours de la dernière décennie, cette progression s'est faite plutôt en faveur du secteur libéral, au détriment de l'activité salariée dans les hôpitaux publics puisqu'en 1997, les infirmiers exerçant à titre libéral représentent 14 % de l'effectif global contre 10 % en 1988.

⁷⁴ *Questions d'économie de la santé*, n° 44, décembre 2000, *La démographie médicale française : état des lieux*.

⁷⁵ Les médecins hospitaliers ont à ce sujet tiré le signal d'alarme dont le dernier sous forme d'un appel intitulé « Défendons notre service public » pointant les différents problèmes qui risquent de mettre à mal « notre système de soins, hier encore considéré comme un des meilleurs du monde, (...) en train d'être détruit » publié dans le Monde du 20 avril 2004.

⁷⁶ *Les infirmiers en activité*, DREES, n° 12, mars 1999.

Les infirmiers devraient continuer à augmenter d'ici une vingtaine d'années, bien qu'à un rythme moins élevé. En ce qui concerne les prévisions, le nombre d'infirmiers se présentant sur le marché du travail est estimé à 75 pour 100 personnes admises en formation trois ans auparavant. La prévision du nombre de sorties s'avère plus difficile, dépendant directement des changements d'attitude face à la situation du marché du travail. En 1999, la durée moyenne d'activité complète (dans et hors le champ hospitalier public), qui s'est accrue depuis une quinzaine d'années, est estimée à 31 ans, et ne devrait pas beaucoup aller au-delà. En se basant sur la situation observée en 1999, à comportements d'activité constants (durée moyenne d'exercice, part du secteur libéral, et du travail féminin), la DREES estime que les sorties devraient évoluer rapidement, passant d'environ 7 000 personnes en 1999 à un maximum de 12 500 en 2011 (en attente de nouvelles projections, en cours de finalisation par la DHOS).

En une quinzaine d'années, la population infirmière s'est modifiée en profondeur. L'un des faits le plus marquant est son vieillissement, phénomène touchant également d'autres pays européens tels que la Suède ou le Royaume-Uni. En France, la proportion des personnels de moins de trente ans a diminué de moitié alors que celle des quadragénaires et quinquagénaires a quasiment doublé. Cette tendance risque à terme de devenir problématique, la profession allant perdre d'ici dix à quinze ans une grande part des infirmiers les plus expérimentés.

Par ailleurs, la question peut se poser de la libre circulation, au-delà des frontières de notre hexagone, des jeunes diplômés dans les professions de santé, et en particulier chez les infirmiers. Au cours des dernières années, les hôpitaux français, confrontés à la pénurie, ont été amenés à recruter des infirmiers espagnols.

Au total, cette opération qui portait sur 1 200 postes offerts, recensés dans tous les établissements de santé du territoire, a permis de recruter et de former près de 800 infirmiers, masseurs, kinésithérapeutes, avec un taux d'échec inférieur à 5 %. Un partenariat avec les fédérations professionnelles et les GRETA a permis d'organiser des sessions de formation pour l'adaptation au milieu et à l'environnement avec notamment une sélection sur la maîtrise de la langue française.

Ce phénomène semble aujourd'hui concerner plusieurs pays européens, touchés par les mêmes difficultés de recrutement, mais demeure marginal en France. Ainsi, parmi les 300 000 professionnels de santé travaillant en France, seuls moins de 1,5 % sont étrangers (0,5 % issus d'un pays de l'Union européenne et 0,8 % hors Union européenne). En sens inverse, le nombre de jeunes diplômés français partant travailler à l'étranger, essentiellement dans les zones transfrontalières et pour des raisons d'attractivité salariale, apparaît lui aussi tout aussi limité, même s'il ne fait l'objet d'aucune donnée officielle. Ceci étant, une interrogation demeure pour l'avenir quant à l'attractivité de ces professions et à l'amélioration des conditions de travail, certains jeunes diplômés déclarant envisager de partir, malgré les nombreuses difficultés résultant des spécificités professionnelles, de l'absence d'informations précises, de l'obstacle de la langue, ou encore des différences de couvertures sociales.

Si l'augmentation du quota de places ouvertes dans les IFSI constitue un premier élément de réponse à l'accroissement de la pénurie de professionnels qui se profile, les solutions possibles doivent dépasser le seul aspect quantitatif, dans le cadre d'une approche d'ensemble qualitative, tout comme pour les professions médicales et l'augmentation annoncée du *numerus clausus*.

Par ailleurs, on notera que le plan mis en place par le gouvernement visant à favoriser le retour à l'emploi des infirmiers ayant cessé leur activité depuis au moins cinq ans⁷⁷, avec une formation adaptée, n'a pas produit les résultats escomptés, la question de l'attractivité, du rattrapage du progrès technique et technologique et des conditions de travail se posant certainement à cet égard.

2. La démographie des professions sociales et médico-sociales

S'agissant du domaine social et médico-social, le parti a été retenu de s'appuyer sur le contrat d'études prospectives sur les emplois mené pour le secteur privé non lucratif⁷⁸. Ces travaux ont l'avantage de présenter des données précises et une analyse complète de problématiques qui, bien que concernant le seul champ non lucratif - au demeurant largement majoritaire dans ce domaine -, sont largement représentatives de celles rencontrées dans les secteurs public et commercial.

Le constat établi par le CEP confirme le caractère inquiétant de la pyramide des âges dans ce secteur. Le taux de départ en retraite a quadruplé pendant la période 1997-2001 et cette accélération devrait se poursuivre pour 2002-2006 ; le taux devrait doubler de 2007-2012. Il s'ensuit dans les dix prochaines années un fort renouvellement du personnel dans la quasi-totalité des emplois - un quart des effectifs de la branche atteindront les 60 ans dans les dix années qui viennent -, la situation étant particulièrement critique pour le personnel éducatif et l'encadrement. D'ici 2010, comme le souligne Didier Tronche, membre employeur de la CPNE du secteur sanitaire et social⁷⁹, près d'un tiers des éducateurs spécialisés et des assistants sociaux, mais aussi des puéricultrices dans le secteur de la petite enfance ou encore des infirmiers diplômés d'Etat, vont partir à la retraite, ce qui signifie que pour répondre simplement à ce besoin de renouvellement, malgré les créations d'emplois qui ont été effectuées et qui aujourd'hui sont dans certains cas pourvues par des faisant-fonction, la capacité de formation du dispositif en place devrait être augmentée de 20 % sur l'ensemble du territoire. D'autres catégories sont touchées mais de façon plus nuancée, tels les moniteurs éducateurs (18 %) et les AMP (11 %), cette profession étant relativement plus jeune. Enfin, le taux de renouvellement des cadres de direction qui concerne environ la moitié des effectifs, s'annonce problématique et « *va constituer un véritable fléau d'organisations pour les institutions* ».

⁷⁷ Estimées à environ 50 000. D'après la DHOS, moins d'une centaine d'entre elles ont été finalement recrutées (audition devant la section du travail du 31 mars 2004).

⁷⁸ Le champ couvert par l'étude représente près de 19 000 établissements et services employant 322 500 personnes.

⁷⁹ Audition devant la section du travail du Conseil économique et social, le 10 mars 2004.

Le schéma national des formations sociales établi pour la période 2001-2005 avait déjà alerté sur la forte pénurie d'assistants sociaux et d'éducateurs spécialisés dans les prochaines années, mais aussi sur les carences concernant les emplois de niveau V et ceux d'encadrement. Déjà, entre 1994 et 1998, le déficit en assistants sociaux s'élevait à 37 %, et celui des éducateurs spécialisés à 25 %.

Au vu des données disponibles pour la fonction publique territoriale, la situation s'avère comparable avec une pyramide d'âges laissant prévoir 37 % de départs en retraite des fonctionnaires de la filière sociale d'ici 2020, alors même que le secteur connaît déjà une pénurie de personnel. L'encadrement constitue de la même façon que pour le secteur à but non lucratif une zone d'emplois particulièrement touchée par ces départs. Ainsi, dans les filières sociales et médico-sociales, les deux cadres d'emplois dont l'âge moyen est le plus élevé, et qui vont donc être touchés de plein fouet par les effets de la pyramide d'âges sont des cadres de catégorie A : les conseillers socio-éducatifs pour la filière sociale et les coordinateurs de crèche pour la filière médico-sociale. Les prévisions concernant leur départ à la retraite d'ici 2012 sont établies respectivement à 60 % et 76 %⁸⁰. A terme, en 2020, le renouvellement de ces cadres d'emploi portera sur environ 95 % des effectifs.

Parmi les différentes branches professionnelles du secteur, l'aide à domicile apparaît emblématique des difficultés de recrutement et de la pénurie installée de professionnels, dans un contexte croissant de vieillissement de la population et d'augmentation considérable du nombre de personnes dépendantes. Elle figure parmi les cinq secteurs d'activité retenus par le gouvernement dans le cadre du plan national de lutte contre les difficultés de recrutement mis en œuvre par le ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, qui vise à réduire d'un tiers les 300 000 offres d'emplois durablement non pourvues d'ici à la fin 2004.

De son côté, l'Union nationale des associations de soins et services à domicile (UNASSAD) évalue les besoins en personnels soignants à domicile à 15 000 sur cinq ans. De façon plus générale, l'ensemble des soins et des services en faveur des personnes âgées se trouvent confrontés à une forte pénurie à laquelle les pouvoirs publics essaient de faire face, notamment au travers du plan Vieillesse et Solidarité mis en place après l'épisode dramatique de l'été 2003. Ce plan, qui prévoit la création de 15 000 postes d'aides soignants au sein des établissements et de 3 500 emplois d'infirmiers et aides à domicile, est toutefois jugé encore insuffisant par les fédérations professionnelles du secteur, en particulier la Fédération nationale des associations des directeurs d'établissements et services pour personnes âgées (FNADEPA), au regard de la réalité des besoins.

Par ailleurs, à l'instar du secteur sanitaire, les professions sociales et médico-sociales rencontrent des différences plus ou moins marquées quant à la répartition territoriale. La région Ile-de-France semble à cet égard concentrer les difficultés.

⁸⁰ Source : CNFPT, dossier sectoriel social, mars 2004.

Une enquête réalisée par la DRASS Ile-de-France en 2002 met en évidence ce double constat, inquiétant, pour la région : la gravité de la pénurie des diplômés et l'importance du taux de faisant-fonction. Même si les résultats de cette enquête doivent être regardés avec la plus grande réserve, en raison du caractère théorique et prospectif du diagnostic, il n'en demeure pas moins qu'ils interrogent fortement. A titre d'exemple, l'écart constaté entre l'offre et la demande pour les seuls éducateurs spécialisés, sur la période 1995-1999 indique un déficit annuel de 211 diplômés. Le nombre de faisant-fonction était en 1998 de 24 % contre 11,5 % au niveau national. Si l'on se projette en 2005, ce déficit de diplômés devrait atteindre 441 par an, sur un total d'emplois estimé à près de 10 900 éducateurs spécialisés et en l'espace de cinq ans, le déficit entre offre et demande d'éducateurs spécialisés pourrait s'élever à 1 200.

3. Le recours à des faisant-fonction

Pour des raisons diverses, tenant pour partie aux conditions de pénurie de certains professionnels diplômés, mais également à une préférence pour les institutions à recruter des salariés en début de carrière et au fait que certaines formations se réalisent par construction en cours d'emploi, les employeurs sont amenés à avoir recours, pour un certain nombre d'emplois, à des faisant-fonction. Il convient de préciser à ce sujet que les faisant-fonction ne sont pas obligatoirement des personnels qui n'ont aucune qualification, mais plus généralement des salariés qui n'ont pas la qualification ou le diplôme requis pour le poste occupé.

C'est principalement le secteur social et médico-social qui semble concerné par ce phénomène, la part de faisant-fonction dans le secteur sanitaire apparaissant moindre notamment du fait d'une majorité de professions médicales et paramédicales réglementées dont l'exercice est verrouillé par la détention du diplôme correspondant. Toutefois, on relève dans ce secteur un nombre non négligeable d'agents de service hospitalier amenés à remplir des fonctions d'aides soignants (à titre indicatif, il y a 13 % de faisant-fonction parmi les aides soignants) ou encore des infirmiers réalisant celles d'infirmiers de bloc opératoire.

Par ailleurs, sous d'autres formes et marginalement d'un point de vue numérique, il convient de souligner le phénomène du recours à des praticiens à diplôme étranger, notamment employés en tant que faisant-fonction d'interne, d'infirmiers ou d'aide soignants, qui représentent une main d'œuvre parfois moins qualifiée ou diplômée - et maîtrisant plus ou moins bien la langue française - permettant le fonctionnement des hôpitaux la nuit ou les fins de semaine.

Dans le secteur social et médico-social, le recours à des personnels faisant-fonction peut dans certains cas représenter jusqu'à 17 % (Ile-de-France), avec un taux de 11 % de faisant-fonction, dans le champ du CEP, employés en tant qu'éducateurs spécialisés ou qu'AMP. Sur ces emplois, ou dans certains secteurs comme l'aide à domicile, la part de non diplômés s'avère manifestement difficile à résorber, même si la proportion d'intervenants titulaires d'un diplôme de travail

social demeure globalement très importante. Un tiers des effectifs ne dispose d'aucune qualification et un tiers possède un diplôme de niveau V et IV.

En ce qui concerne les faisant-fonction diplômés, on observe globalement une élévation des niveaux académiques, tendance générale dans une période de chômage marquée par un allongement des études. A titre d'exemple, environ 30 % d'AMP (emplois de niveau V) possèdent le bac et 20 % ont un niveau bac plus 2 ou 3, intégrant le secteur par le biais du contrat en alternance AMP, qui se présente comme une voie d'accès (en cours d'emploi) plus facile dans la profession que celle du concours d'entrée à l'école d'éducateur où peuvent se présenter 1 200 candidats pour un quota de 35 ou de 40.

Le recours aux faisant-fonction, s'il permet à court terme, voire même sur une période plus longue, d'apporter une réponse à une situation tendue sur le plan du marché de l'emploi, pose cependant problème, au-delà du fait que les personnels concernés, à fonctions exercées identiques, ne bénéficient pas des conditions de rémunérations et de garanties de carrières attachées au poste occupé faute du diplôme requis par les classifications. En effet, la prise en charge de personnes en situation de fragilité mentale, physique, ou sociale exige des compétences qui doivent s'appuyer sur des formations adaptées permettant de prendre en compte les besoins et les attentes de ces publics. Le diplôme qui sanctionne ces formations, s'il ne saurait à lui seul constituer l'unique voie pour garantir la possession de connaissances et/ou de compétences d'un professionnel⁸¹, est néanmoins la première reconnaissance validant ces formations et attestant d'un socle minimum d'outils mobilisables par le salarié.

B - LES CONDITIONS DE RECRUTEMENT

La question des besoins en personnels, notamment au travers de la problématique des recrutements, doit nécessairement être appréhendée au regard des conditions de recrutement propres au secteur sanitaire et social.

A cet égard, il convient de relever que les politiques de recrutement s'inscrivent dans un environnement contradictoire, entre besoins accrus de compétences ciblées d'une part, et manque de professionnels d'autre part.

En effet, alors même que le développement d'organisations de travail des établissements sous forme de projets centrés sur une prise en compte adaptée et différenciée des usagers⁸² nécessite de plus en plus de faire appel à des profils de postes spécifiques, répondant aux orientations définies, plutôt qu'à des qualifications données, le contexte actuel de pénuries de professionnels dans certains métiers, certaines qualifications ou certains secteurs tend à limiter les possibilités de choix parmi des candidatures peu nombreuses.

⁸¹ L'expérience professionnelle pouvant, dans certains cas, répondre à cette exigence, par la voie de la validation des acquis de l'expérience, Cf. point II - C - 1. L'accès aux formations et à leur financement.

⁸² Cf. point II- A - 1 . Le débat sur la formation professionnelle.

1. Les voies de recrutement : des revues spécialisées aux agences d'intérim en passant par l'ANPE

L'analyse des différentes voies de recrutement se heurte à l'insuffisance ou l'absence de données permettant d'avoir une vision globale des modalités d'identification des emplois vacants ou des délais nécessaires pour satisfaire une offre. Les éléments disponibles permettent cependant d'affirmer, dans ce secteur plus encore que pour tout autre, que le volume des offres d'emplois traité par les ANPE s'avère faible au regard du volume des offres qui transitent directement par les réseaux professionnels et notamment les centres de formation, ainsi qu'au travers des revues, des magazines et des sites Internet spécifiques aux secteurs et/ou aux professions.

L'intérim constitue également une voie de recrutement particulière avec des sociétés spécialisées dans le secteur médical et paramédical, et dans une moindre mesure dans le domaine social et médico-social. Il concerne toutes les professions et tous les secteurs (établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux, de statut public, privé à but lucratif ou non-lucratif) et permet, par la souplesse et la rapidité de la réponse apportée, de gérer, en principe dans le court terme, les absences de personnel et les pics d'activité. L'intérim dans le secteur de la santé et du social et médico-social a ceci de particulier qu'il apparaît résulter pour la quasi-totalité des intérimaires d'un choix délibéré, contrairement à ce qui peut être observé dans les autres secteurs, dans un contexte de resserrement du marché de l'emploi et de chômage important, principalement pour les non ou peu qualifiés. Une autre caractéristique tient à la nature des interventions des personnels en matière de soins ou d'actes médico-sociaux, plus particulièrement marquée peut-être pour le secteur sanitaire, qui exige une importante réactivité dans un environnement souvent réglé par l'urgence. Si les missions d'intérim peuvent être connues quelques semaines à l'avance, la majorité d'entre elles ne le sont que dans les deux ou trois jours précédents, voire quelques heures en cas d'urgence.

Ces différences étant posées, la question principale demeure celle de l'adéquation entre le professionnel et l'emploi proposé, et par conséquent des garanties dont le processus de recrutement doit impérativement attester.

2. Le processus de recrutement

Outre les dispositions particulières régissant l'accès aux fonctions publiques (notamment hospitalière et territoriale) par la voie des concours⁸³, un certain nombre de règles spécifiques s'impose aux employeurs et aux institutions oeuvrant dans un cadre global de service public avec les impératifs de compétences, qualification, qualité et continuité du « service rendu » qui en résultent obligatoirement.

⁸³ A noter que certains personnels de catégorie C peuvent faire l'objet de recrutements directs, hors concours, en application de la loi du 3 janvier 2001 relative à la résorption de l'emploi précaire et à la modernisation du recrutement dans la Fonction publique. Sont notamment concernés les ASH qualifiés pour le secteur sanitaire ou les agents sociaux pour le secteur social et médico-social, directement recrutés par les établissements ou les collectivités territoriales.

En premier lieu, il s'agit des conditions d'exercice des professions réglementées réservées aux seuls titulaires du diplôme correspondant (professions de santé, assistants de service social...), avec pour certaines d'entre elles inscription obligatoire à un ordre professionnel (médecins, pharmaciens...).

Il est également nécessaire de juger des aptitudes et des compétences des candidats aux emplois proposés et d'apprécier leurs motivations et leurs capacités relationnelles tout autant que leur équilibre psychique. C'est ainsi que peut être évitée avant même l'entrée en formation toute difficulté ultérieure survenant dans l'exercice professionnel.

En effet, de par la nature même du secteur social et médico-social et des publics fragilisés qu'il est conduit à prendre en charge (enfants, personnes en situation de handicap ou encore personnes âgées...), il convient d'écartier tout risque de dérive dont ces personnes pourraient être les victimes. Qui plus est, il y a lieu d'éviter de placer auprès de ces publics les salariés les moins expérimentés. Le processus de sélection constitue, à cet égard, véritablement une étape délicate et qui nécessite une attention particulière, afin d'éviter autant que faire se peut tout risque futur.

La prise en charge sanitaire et sociale, nécessaire, souvent indispensable et parfois vitale, impose le plus grand professionnalisme de la part des personnels. L'une des particularités du secteur réside dans la confrontation directe entre le professionnel et la part la plus intime de la vie de l'utilisateur, dont les réponses apportées dépendent largement du contact établi et de l'écoute, pour ce qui relève de l'action sociale et des actes prodigués en matière de santé.

C - L'ATTRACTIVITÉ DU SECTEUR

Le constat est ainsi fait d'une pénurie des personnels qui touche aujourd'hui l'ensemble du secteur sanitaire, social et médico-social, même si l'analyse doit être affinée selon les métiers, les branches d'activité et les territoires. Il semble nécessaire à ce stade de la réflexion de s'interroger sur les raisons de cette situation qui risque de prendre des proportions critiques dans les années à venir, face à une démographie professionnelle défavorable couplée de surcroît au vieillissement de la population et à l'augmentation de ses besoins. La possibilité d'une crise des vocations est évoquée par certains, de façon plus nuancée par d'autres, mais elle s'inscrit plus globalement dans la question de l'attractivité du secteur.

1. L'image des professions sanitaires et sociales

Cette question doit sans conteste être posée dans une double approche, celle de l'entrée dans ces professions en premier lieu, mais également, celle du maintien des salariés, cette dernière appelant une réflexion sur les raisons du *turn over* constaté dans certains cas, ou encore de l'abandon, de la fuite vers d'autres secteurs. A cet égard, l'orientation des jeunes vers des professions sanitaires, sociales et médico-sociales, le maintien des professionnels au sein de ces secteurs sont pour une large part conditionnés par l'image de ces métiers. Il y a pour les employeurs et à travers le développement du dialogue social nécessité de faire évoluer les conditions de travail, les conditions de rémunération,

également d'ouvrir des perspectives de carrière dans ces métiers et de développer des actions d'information⁸⁴.

1.1. Une attractivité affaiblie des professions sanitaires et sociales

Ce qui peut être vu comme une crise de la motivation est fortement lié à l'attractivité moindre des métiers du secteur, notamment en ce qui concerne les professions de santé, pour partie liée au fait que les contraintes y sont importantes. Les professionnels expriment leur souhait d'accéder à une meilleure qualité de vie et ne sont plus prêts à sacrifier leur vie familiale et privée au profit de leur vie professionnelle⁸⁵. En l'effet, l'évolution sociologique de ce secteur professionnel, qui rejoint celle de la société dans son ensemble, tend à donner plus de poids, dans les choix d'installation et de lieu d'exercice de l'activité, à des critères de vie et de travail au quotidien.

Il semble indéniable aujourd'hui que l'attractivité de certaines professions, de certaines spécialités, telles la gynécologie-obstétrique et l'anesthésie-réanimation, souffre des conditions de travail particulièrement exigeantes. Leur pénibilité implique une disponibilité de jour et de nuit, un rythme de garde important et un fort niveau de responsabilité. De la même façon, les médecins généralistes, en particulier dans des zones désertifiées en matière d'implantation de professionnels (milieu rural, quartiers sensibles...) se trouvent confrontés à un important isolement, rendu plus crucial encore en matière de remplacements et de gardes.

Sur ce plan, il apparaît que, pour une part non négligeable, un nombre de cessations d'activité et de non renouvellement des effectifs dans les spécialités chirurgicales et obstétricales trouvent leur origine, directement ou indirectement, dans le coût prohibitif de l'assurance de responsabilité civile médicale, avec des conséquences délétères pour la santé publique, sur lesquelles le Conseil national de l'Ordre des médecins a récemment alerté les pouvoirs publics. Des mesures de soutien proposées par les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) dans leurs contrats de pratique professionnelle ont tenté d'apporter une première réponse dans l'attente du bilan de la mise en œuvre de la loi du 4 mars 2002, et de l'espérance de possibles mesures structurelles, comme le préconise un récent rapport conjoint de l'Inspection générale des finances et de l'IGAS⁸⁶ qui estime en tout cas souhaitable de prolonger ces mesures provisoires jusqu'en 2006.

L'une des raisons qui a pu être avancée comme élément d'explication à la pénurie de personnels est le manque d'attrait des jeunes pour ces métiers. Il semble, à la lumière des observations et analyses des différents acteurs oeuvrant dans le secteur sanitaire et social, que cette affirmation n'est pas forcément vraie et mérite tout au moins être fortement relativisée. A titre d'illustration⁸⁷, le taux de sélection pour les élèves infirmiers dans les Instituts de formation aux soins infirmiers (IFSI) est d'un sur deux dans le Nord de la France et atteint un niveau

⁸⁴ Rapport *Avenirs des métiers*, Commissariat général du Plan, novembre 2002.

⁸⁵ Mission *Démographie des professions de santé*, Rapport Berland, novembre 2002.

⁸⁶ 6 février 2004.

⁸⁷ Audition devant la section du travail du Conseil économique et social de Chantal Faugier-Seuret, responsable nationale des cadres para-médicaux CGT-FO, le 14 avril 2004.

de un sur quatre en Rhône-Alpes, la constitution de listes d'attentes à l'entrée de ces écoles témoignant de la constance des vocations.

Si les professions médicales et paramédicales peuvent plus facilement apparaître comme des activités à la fois nobles et valorisantes, les métiers du travail social souffrent, quant à eux, probablement d'un déficit d'image. L'atout que peut constituer la diversité des activités qui trouvent à s'exercer dans ce domaine est contrebalancé par la difficulté à cerner ce que font réellement ces professionnels et par la diffusion d'images parfois caricaturales qui conduisent à voir des métiers noyés dans les tâches administratives ou confrontés sans beaucoup de moyens à la misère du monde.

Les employeurs, dans le cadre des contraintes économiques et budgétaires auxquelles ils sont soumis, disposent toutefois de certaines marges de manœuvre pour attirer ou fidéliser les salariés. Ainsi, il n'apparaît pas forcément opportun de nommer systématiquement de jeunes professionnels sur les postes réputés les plus difficiles, du moins, sans accompagnement dans l'emploi. De même, dans des métiers qui font largement appel à l'alternance pour former les futurs diplômés, le surcroît de travail et de responsabilité des professionnels qui encadrent les stagiaires semble souffrir d'une méconnaissance et d'une prise en compte insuffisante.

1.2. Des secteurs insuffisamment reconnus

Certaines branches d'activité, tels l'aide à domicile ou les établissements et services pour personnes âgées souffrent plus particulièrement d'un fort déficit d'image. Dans une société « survalorisant » la performance, la beauté et la jeunesse, il apparaît hélas, certes louable, mais peu gratifiant, de s'occuper de personnes en situation de dépendance ou d'infirmité, tant l'image véhiculée par ces métiers est celle de la domesticité⁸⁸. La gérontologie aussi ne semble guère susciter de vocations. Il importe cependant que ces métiers, dont chacun convient de l'importance, fassent l'objet d'une reconnaissance pleine et entière. Les fédérations professionnelles réclament à ce sujet aux responsables gouvernementaux le financement d'une grande opération de sensibilisation auprès du grand public.

La prochaine campagne de promotion destinée à attirer des candidats vers les métiers de la prise en charge des personnes âgées à compter de l'automne, dans le cadre du plan « *Vieillesse et Solidarités* », apparaît apporter un début de réponse, néanmoins insuffisante, aux préoccupations des professionnels du secteur. Elle devrait concourir notamment à la création de 25 000 emplois entre 2004 et 2007.

2. Les conditions de travail

Les conditions de travail jouent un rôle important dans les motivations des personnels de rester ou quitter la profession et sont l'une des causes de l'abandon prématuré des métiers du secteur sanitaire et social, plus particulièrement marqué d'ailleurs chez les professionnels soignants.

⁸⁸ Selon les propos de Frédérique Decherf, DRH de l'Unassad, *In Les Echos* du 25 mai 2004.

Une enquête menée au niveau européen auprès de dix pays⁸⁹ montre en effet que de nombreux aspects du travail, physiques et psychosociaux sont associés à une forte « *intention de quitter les soins* » tels que l'insatisfaction au travail, l'épuisement professionnel, la charge physique, les exigences quantitatives, mais aussi les relations interpersonnelles et le faible soutien de l'encadrement. En France, 15 % des personnels soignants déclarent penser à quitter définitivement leur profession⁹⁰ et avancent comme principales raisons l'absence ou l'insuffisance de véritables collectifs de travail, le manque de temps consacré à la relation avec les patients et la baisse de qualité des soins qui en découle, la pénibilité physique du travail et les contraintes horaires, plus précisément les débuts de vacances très matinaux et les changements imprévus de jours de travail.

Un rapport de l'Assemblée nationale⁹¹ souligne, à cet égard, une augmentation considérable du nombre de démissions et d'arrêts de travail ; il relève également qu'un nombre relativement important « *d'internes manifestent le souhait d'abandonner leur carrière à l'hôpital, alors même qu'elle présente des avantages certains (activité salariée, multidisciplinarité, haute technicité...)* ».

Des obligations horaires fortes (emplois du temps irréguliers, travail le samedi, le dimanche et la nuit), des pénibilités physiques non négligeables et l'existence de certaines tensions sont effectivement des caractéristiques du travail des personnels de la santé, différenciées selon le secteur public ou privé d'exercice. Selon une étude menée par la DARES⁹², les conditions de travail apparaissent globalement plus astreignantes dans le secteur public. Les contraintes horaires y semblent en effet plus prégnantes, les infirmiers travaillant plus souvent de nuit et le dimanche ou encore dans le cadre de semaines moins régulières. A l'inverse, dans le cadre d'organisations des soins et de l'activité différentes rendant la comparaison malaisée avec le secteur public, les aides soignants du privé se trouvent davantage impliqués dans leur exercice par le travail de nuit.

Les salariés du public déclarent également plus souvent des pénibilités physiques, l'écart étant particulièrement net pour les infirmiers qui disent davantage que dans le privé porter des charges lourdes, rester plus longtemps dans une posture pénible ou fatigante et effectuer des déplacements longs ou fréquents. Ils sont généralement plus autonomes et leur travail est moins rigoureusement défini. Les infirmiers publics ont également, et de façon marquée, le sentiment de manquer de moyens, en temps et en informations, pour faire leur travail. Par contre, s'agissant des aides soignants, ce sont ceux exerçant dans le secteur privé qui s'avèrent disposer de plus d'autonomie. Pour la DARES, il semble que leur soient déléguées des tâches réservées aux infirmiers dans le public ; ainsi elles sont 37 % à régler personnellement les incidents contre 29 % dans le public. Enfin, les personnels de santé de la fonction publique

⁸⁹ Enquête Pressat-next menée sur un échantillon représentatif de plus de 50 000 soignants.

⁹⁰ *In* Revue Santé et Travail, n° 46, janvier 2004.

⁹¹ Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital, mars 2003.

⁹² Premières synthèses, octobre 2003, n° 40.1

sont plus fortement soumis à des tensions, non seulement avec le public, mais aussi avec leurs collègues ou la hiérarchie, situation directement liée à l'exercice du service public hospitalier, mais aussi dans le service des urgences qui accueillent des personnes en difficultés et associent des aspects sociaux aux problèmes strictement médicaux.

La mise en place de la réduction du temps de travail, si elle a permis l'octroi de journées de repos supplémentaires, a eu pour corollaire de nouvelles conditions de travail marquées par une intensification du travail, en particulier du fait des insuffisantes créations de postes, et de la carence des candidatures pour pourvoir ceux existants. En situation de travail tendu ou de sous effectifs, la prise des journées de repos supplémentaires est difficile ou même souvent reportée.

Une enquête effectuée par la DREES⁹³ fait ainsi état d'un sentiment général de conditions de travail plus difficiles. La principale raison est donc le manque d'effectifs, accentué par la réduction du temps de travail et surtout par le fait que les emplois créés ont parfois été peu visibles pour les agents, les postes obtenus ayant été ventilés sur les services considérés prioritaires. De plus, l'aménagement des postes de travail au quotidien s'est opéré par une réduction, souvent de moitié, des temps de chevauchement entre les équipes du matin et celles de l'après midi, modifiant considérablement les conditions de transmission des informations concernant les patients et la convivialité entre les équipes.

Ces temps de chevauchements, « temps perdus » parce que considérés comme non directement productifs, apparaissent néanmoins indispensables en tant que moments d'échanges pluridisciplinaires entre soignants, facteurs participant au bon déroulement des soins, mais également comme temps permettant de maintenir des liens dans une équipe⁹⁴.

Les personnels sociaux et médico-sociaux ne sont pas épargnés par la pénibilité du travail, rendue plus prégnante encore avec l'intensification des tâches et les difficultés liées aux sous-effectifs. Comme chez les personnels soignants, le sentiment de toujours parer à l'urgence, de ne pouvoir traiter que les problèmes les plus visibles, de trop délaissier la relation à l'usager, au patient, le ressenti d'une déshumanisation au profit de la technicité des actes participent d'une profonde insatisfaction par rapport à la mission inhérente à ces activités, et à la fatigue physique et psychique. Dans les établissements sociaux et médico-sociaux, la charge psychique et physique se répartit sur un effectif moindre et est ressentie plus fortement par les personnels.

3. Les conditions d'emploi

3.1. Des disparités de rémunérations et de primes selon les secteurs

Alors que les collectivités territoriales et le secteur hospitalier doivent absorber les effets de la réduction du temps de travail et peinent à pourvoir les postes créés à cet effet, ils risquent d'être confrontés à une pénurie considérable

⁹³ *Où en était la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics au début de l'année 2003 ? Des difficultés liées à l'organisation*, Etudes et résultats, n° 302, avril 2004.

⁹⁴ Cf. avis adopté par le Conseil économique et social le 10 juillet 2004 sur *La place du travail*, rapport présenté par Bernard Vivier au nom de la section du travail.

de travailleurs sociaux ou médico-sociaux, face à l'intensification des départs en retraite qui se profile dès 2005. S'ajoute à cette situation une forme de concurrence entre employeurs dans la mesure où le secteur associatif peut être plus rémunérateur et surtout plus facile d'accès, en l'absence de concours. La tendance est alors grande d'imaginer des efforts d'attractivité par le biais notamment de l'augmentation des primes, avec le risque de déséquilibrer les différentes filières. De l'avis général, la solution ne peut passer que par une mise en cohérence, par une harmonisation des statuts, celui de la fonction publique territoriale s'avérant moins avantageux que celui de la fonction publique hospitalière ou du secteur privé, en particulier en permettant une amélioration des conditions de travail et de salaire, une meilleure progression des carrières et une reconnaissance de ces métiers.

La fonction publique hospitalière a été amenée à revaloriser les carrières hospitalières à la suite de la signature du protocole d'accord du 14 mars 2001, à l'exception, notable, de la filière des personnels socio-éducatifs ; outre une augmentation indiciaire et une rénovation du système des promotions de grade concernant l'ensemble des filières, les sujétions spécifiques des infirmiers ont ainsi été reconnues par la création d'un classement indiciaire intermédiaire ; les IADE et les IBODE ont quant à eux été reclassés en catégorie A avec un déroulement de carrière plus rapide.

Cet enjeu figure parmi les grands axes de la réforme de la fonction publique territoriale, visant à accompagner la deuxième étape de la décentralisation. Il s'agit d'assurer une meilleure gestion des compétences en professionnalisant et en simplifiant les règles de recrutement, en renforçant et en adaptant la formation continue, en facilitant la mobilité et en reconnaissant les performances par une gestion plus active de la rémunération.

Ainsi, pour anticiper un manque de main-d'œuvre qui pourrait prendre rapidement des proportions critiques, le secteur de l'hospitalisation privée à caractère commercial (comprenant les établissements privés de diagnostic et de soins et de réadaptation fonctionnelle avec ou sans hébergement et les établissements d'accueil pour personnes handicapées et pour personnes âgées), a engagé une réforme de son cadre conventionnel⁹⁵ en fusionnant les cinq afin de renforcer son attractivité au plan des rémunérations et de la formation professionnelle.

De son côté, l'accord conclu le 29 mars 2002 entre les six fédérations d'associations d'aide à domicile et les organisations syndicales distingue trois catégories de qualification, assorties de garanties de rémunération, rompant avec les situations de plafonnement de salaires au niveau du SMIC qui pouvaient perdurer pendant de nombreuses années⁹⁶. La revalorisation salariale (24 % sur 3 ans), basée sur celle intervenue au plan général du SMIC, a permis également aux titulaires du DEAVS d'accéder à un niveau de rémunération comparable à celui des aides soignants.

⁹⁵ Convention collective nationale signée le 18 avril 2002.

⁹⁶ Auparavant, une aide à domicile sans diplôme restait 16 ans au niveau du SMIC, cette durée étant de dix ans pour les diplômées.

3.2. *Les parcours professionnels, les perspectives de carrière*

La question des difficultés de recrutement et de la non attractivité du secteur ne peut pas être examinée indépendamment de celle des parcours professionnels et des perspectives de carrière offertes.

Car cette problématique s'inscrit dans un environnement structuré par des filières marquées par un important cloisonnement. Les filières médicale et de soins dans le secteur sanitaire, et les filières sociale, éducative et d'animation dans le secteur social et médico-social apparaissent ainsi autant de situations de carrières verticales, excluant de fait un passage aisé de l'une à l'autre.

Il résulte de l'absence de véritables passerelles que pour beaucoup d'emplois de qualification comparable, le changement ne peut s'opérer que par la reprise d'un cursus de formation complet et du diplôme correspondant, faisant trop souvent l'impasse des connaissances et compétences déjà acquises, communes à ces deux emplois. Il faut donc créer, au plan général, cette souplesse qui permettra de passer d'un métier à un autre tout en garantissant, en fonction des publics que l'on doit servir, des adaptations et des formations complémentaires. Dans cette logique, l'organisation des formations diplômantes sous forme modulaire et le développement de la VAE apparaissent pouvoir valablement être mobilisés, ainsi que le souligne Jean-Jacques Trégoat, Directeur général de l'Action sociale⁹⁷. Dispositif novateur à ce titre, le DEAVS, qui prend la suite du CAFAD, a été construit à partir de référentiels et de modules qui peuvent s'acquérir soit par la VAE, soit par la formation initiale ou continue, voire par les deux.

L'attractivité de ces professions passe également et immanquablement par les perspectives d'évolution au sein d'une carrière donnée. Selon les grilles de classification et de déroulement de carrière, en particulier dans la Fonction publique, les professionnels peuvent se trouver assez vite au plafond de leur filière, sans autre possibilité de progression future.

S'agissant du secteur social et médico-social, le Conseil économique et social avait déjà souligné l'insuffisance, voire l'absence de stratégie de valorisation des parcours professionnels, qui permettent le ressourcement indispensable dans ces métiers où les personnels sont confrontés aux risques de *burn out*⁹⁸. Le *burn out*, forme extrême d'épuisement professionnel, est un phénomène marquant toujours en progression, en particulier chez les personnels soignants et les travailleurs sociaux⁹⁹ lesquels, de plus en plus, s'interrogent sur le sens de leurs métiers, dans un contexte d'intensification de travail, de complexifications des tâches et d'assignation d'objectifs difficiles à atteindre compte tenu des publics accueillis, et de collectifs effilochés.

⁹⁷ Audition devant la section du travail du Conseil économique et social, le 31 mars 2004.

⁹⁸ Cf. avis précité du Conseil économique et social sur *Mutations de la société et travail social*.

⁹⁹ Cf. avis adopté par le Conseil économique et social le 7 avril 2004 sur *Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés*, rapport présenté par Elyane Bressol au nom de la section du travail.

La demande sociale plus pressante, les conditions d'exercice de la relation à l'usager, au patient, devenue plus précaires et tendues, sont des facteurs qui pèsent terriblement sur les équipes. De façon plus générale, les conditions de travail particulières et les contraintes fortes qu'elles impliquent sur le plan des rythmes de travail (travail de nuit, astreintes, urgences...), et celui des responsabilités et de la confrontation au mal-être et aux souffrances humaines, sont autant d'éléments qui conduisent à une noria de professionnels non négligeable et à des durées de carrière plus ou moins réduites. La pénibilité de ces métiers génère une usure professionnelle plus précoce que pour d'autres professions.

Dès lors, d'autres secteurs professionnels deviennent plus attrayants pour les professionnels qui sont touchés par l'usure professionnelle. Et puis, l'aspiration des salariés à un plus grand confort de vie se traduit notamment par des mobilités professionnelles de plus en plus nombreuses de la part des travailleurs sociaux, mais aussi des personnels soignants.

II - LA FORMATION

La France a consacré en 2001 environ 22 Md€ à la formation professionnelle continue et à l'apprentissage, ce qui représente, selon le ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale, 1,49 % du PIB. Cet investissement est réparti entre les principales sources de financement : 12,9 Md€ pour les employeurs publics et privés pour la formation de leurs salariés, 4,8 Md€ pour l'Etat et 2,1 Md€ pour les régions pour la formation des publics dont ils ont la responsabilité, 1,6 Md€ pour les autres administrations et l'UNEDIC, le reste étant pris en charge par les « stagiaires » eux-mêmes.

Au regard de cet investissement financier et intellectuel, on est fondé à considérer le savoir comme une force productive, qui acquiert de plus en plus une valeur stratégique au sein des organisations. Qu'il s'agisse de logiciel, de marketing, de recherche ou plus particulièrement de formation, il est donc nécessaire de porter la réflexion sur cet investissement « incorporel » qui s'inscrit dans une double logique économique et sociale, et ce dans le contexte d'une expansion considérable du secteur tertiaire auquel appartient le secteur étudié.

En effet, pour rappeler quelques données significatives du secteur social et médico-social, le nombre d'établissements et services est passé de 12 500 en 1975 à près de 25 000 en 2004. Autre exemple, le taux annuel de renouvellement des emplois d'éducateurs spécialisés est en train de passer de 3,6 % à 9 % pour la période 2003-2007, pour ensuite s'établir tendanciellement à plus de 15 % dans les dix ans qui suivent. Sans parler des créations d'emplois induites par le passage aux 35 heures dans un secteur où la main-d'œuvre est prépondérante, il est patent qu'existe aujourd'hui un télescopage réel entre les besoins de qualification, les créations de nouvelles structures, la pyramide des âges du fait des départs à la retraite annoncés et le caractère contingent des capacités d'accueil des centres de formation professionnelle devant répondre à la demande.

A - LES TRANSFORMATIONS DU CONTENU ET DES MODALITÉS DE LA FORMATION

1. Le débat sur la formation professionnelle

On observe de manière générale dans le secteur sanitaire et social ces dernières années un débat récurrent, portant sur le déplacement du modèle de la qualification. Ce débat s'appuie sur un glissement du modèle de la qualification, basée sur la formation et le diplôme, vers un modèle de la compétence, privilégiant la reconnaissance des aptitudes et les expériences individuelles, ainsi que la capacité personnelle à se mobiliser au service des objectifs de l'organisation.

Ces questions occupent particulièrement l'espace du travail social, au point de renvoyer les professionnels, les employeurs, les centres de formation ou encore les syndicats à mettre à jour leurs conceptions dans ce domaine.

Dans le cadre d'une meilleure prise en compte des usagers, de leurs besoins et de leurs attentes, les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux sont en effet amenés à apporter des réponses qu'ils cherchent à mieux adapter et différencier. De fait, leurs nouveaux modes d'intervention placent l'utilisateur au cœur de leurs actions.

Cette nouvelle situation pousse les établissements à définir et à mettre en œuvre des projets pédagogiques et des actions de travail adaptées, tenant compte du contexte d'intervention et des caractéristiques de l'établissement mais aussi des données individuelles des usagers. Ces projets d'établissement, de groupe ou individuels mobilisent l'ensemble des salariés des établissements, rassemblant les différentes professions.

Dès lors le contexte d'intervention et l'organisation du travail évoluent. On assiste à une ouverture des métiers, marqués par une plus grande interdisciplinarité, ainsi qu'à un décloisonnement des professions qui fait place à une évolution plurielle et collective.

Dans cette nouvelle dynamique, l'emploi tend de plus en plus à se définir selon les stratégies des entreprises, venant modifier les cadres d'emplois jusqu'alors établis. Les postes offerts ne correspondent plus uniquement à la recherche d'un métier et d'une qualification, mais à une recherche de compétence élargie du salarié, lui permettant de participer pleinement au projet de service. Les emplois s'adaptent ainsi aux besoins propres des établissements, ce qui implique le passage plus marqué vers un modèle de compétence multiple, de polyvalence et d'interdisciplinarité. On ne raisonne plus uniquement en terme de qualification mais également en terme de compétence.

Ce changement d'organisation du travail favorise une diversification des emplois, plus liés aux structures qu'aux métiers. Il existe ainsi un décrochage entre l'emploi et le contenu du diplôme. Ainsi les organisations du travail structurent-elles différemment l'emploi.

Dans l'approche par les compétences, ces dernières sont définies en première analyse comme renvoyant aux missions, au savoir-faire et à une implication individuelle supérieure dans l'organisation du travail. Du point de vue de l'employeur, les compétences permettent une meilleure régulation du

marché du travail dès lors que les diplômés ne sont pas considérés comme un point de passage obligé. Les qualifications se centrent quant à elles sur la reconnaissance juridique d'un savoir formel conduisant à l'acquisition d'un statut et favorisant l'accès à un emploi stable.

Plusieurs éléments permettent de caractériser les pratiques de la compétence. Outre le fait que les recrutements privilégient davantage les niveaux de diplômés par rapport au lien entre diplôme précis et fonction professionnelle donnée, ils ont tendance à valoriser d'autres types de compétences, telles que les qualités personnelles comme l'autonomie, la responsabilité, les qualités relationnelles, la capacité de travailler en équipe, et enfin l'engagement dans les objectifs de l'entreprise.

Conséquence directe de ce mode de recrutement, l'usage des anciens systèmes de classification fait place, pour partie tout au moins, au développement de formules d'individualisation des salaires, dans une perspective où la carrière est liée à la performance et à la mobilité plus qu'au déroulement linéaire de l'expérience professionnelle.

Même si les faits conduisent à nuancer une présentation dont le dualisme pourrait apparaître simpliste, on observe dans ce secteur des recompositions en profondeur, à partir de l'articulation de la compétence et la qualification, occasion d'une réflexion sur les finalités de l'intervention, les spécificités et les complémentarités des métiers.

Globalement, les écoles de formation aux professions sociales défendent la complémentarité des qualifications et des compétences, et mettent en place des référentiels de formation alternée, soulignant souvent l'insuffisance de données sur les compétences réelles et explicites revendiquées par les milieux professionnels. Divers chantiers ont ainsi été ouverts autour de la construction de référentiels d'emploi (informations structurées et validées concernant la description de l'emploi et de l'activité) ainsi que des référentiels de compétence (définition explicite des savoirs, savoir-agir et savoir-être requis en situation professionnelle). On citera pour exemple les référentiels des métiers d'aide à domicile, d'animateur, d'éducateur de prévention, de conseiller en économie sociale et familiale ou d'éducateur spécialisé.

Enfin, on notera à cet égard que les textes les plus récents régissant les diplômés du secteur social se fondent aujourd'hui sur des référentiels de compétences, par ailleurs désormais conçus en vue de la mise en place de la Validation des acquis de l'expérience (VAE).

Le secteur sanitaire connaît également, quoique sous une forme légèrement différente, ce débat sur la compétence. En atteste la mission confiée fin 2002 par le ministre de l'Education nationale et le ministre de la Santé au Professeur Matillon¹⁰⁰ portant sur la définition de modalités d'évaluation de la compétence des différents métiers de la santé et visant à mettre en place une organisation permettant de garantir la compétence des professionnels de santé en exercice. Aux prémisses de ce rapport, l'auteur définit la notion de compétence comme

¹⁰⁰ Rapport de mission du Professeur Yves Matillon, remis en août 2003, relatif aux *Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé*.

« la mise en œuvre d'une combinaison de savoirs (connaissances, savoir-faire, comportement et expérience) en situation, cette notion intégrant deux dimensions, l'une liée aux organisations, l'autre liée à l'individu en tant que professionnel ». Elle soulève d'une part la question de la gestion de la reconnaissance des savoirs requis par les situations de travail, d'autre part la reconnaissance du professionnalisme et des parcours ou des itinéraires individuels. Le rapport pose en termes de principe que la qualification, au regard de la nature des actes réalisés sur autrui, résulte du diplôme, gage pour le moins du niveau de compétence. Si les professions médicales détiennent une habilitation générale dans leur intervention, les autres professions médicales une habilitation spécialisée, la profession infirmier oscille pour sa part entre rôle thérapeutique propre, encadrement médical et animation des équipes soignantes.

En conclusion provisoire d'un débat, le renouvellement contemporain de la problématique de la qualification constitue un levier de nature à interroger les pratiques professionnelles et les contenus des formations qui préparent les personnels intervenant dans le champ. La reconnaissance professionnelle se situe bien à l'interaction de la qualification, dont la construction exige par nature une réflexion collective, et de la compétence, qui renvoie à la part que l'individu apporte, dans un contexte organisationnel donné, dans son exercice professionnel. Ainsi que l'ont montré différentes études, émanant notamment du CEREQ, c'est bien par la qualification que des avancées collectives se négocient et que des groupes professionnels se construisent socialement. Par delà l'imprégnation du modèle de la compétence dans la construction des référentiels et des stratégies de recrutement et de promotion, la nécessité persiste d'une régulation, laquelle suppose la vitalité de la négociation collective et des acteurs sociaux.

2. Evolution des contenus de formation et modes d'articulation entre formation initiale et formation continue

Dans un contexte marqué entre autres éléments par l'évolution des besoins des usagers, la diversification des parcours des personnels du secteur, ou encore les évolutions démographiques du secteur, l'un des enjeux particulièrement forts semble résider dans une meilleure articulation entre la formation initiale et la formation continue. En effet, ainsi que le souligne le schéma national des formations sociales pour la période 2001-2005, la formation professionnelle continue est à la fois un droit et une nécessité pour tout salarié du secteur. Il est de moins en moins envisageable, y compris dans le secteur social, de considérer que la compétence issue de la formation initiale puisse être suffisante pour toute une vie professionnelle.

La formation continue est déterminée par le statut de salarié de la personne concernée, et ce que la formation soit diplômante ou non. Le secteur social s'est construit sur une forte adéquation entre certification et emploi. La possibilité de formation qualifiante offerte aux personnes en situation d'emploi a contribué à cette structuration positive. Dans un même temps, la réflexion collective autour du schéma national a mis en évidence le risque de sur-valorisation des attentes portées sur les formations initiales, dont témoigne le poids conséquent que ces

formations représentent dans le financement des organismes paritaires agréés gérant les contributions de la formation professionnelle continue. L'augmentation des effectifs en formation initiale se conjugue avec le fait qu'une partie de cette formation initiale ou première est portée par le dispositif (et les fonds) de la formation professionnelle continue.

Pour que la formation continue puisse jouer tout son rôle dans le cadre de compétences croisées et de responsabilités assumées par chaque catégorie d'acteur de la formation, il apparaît nécessaire d'afficher clairement les priorités, dans le cadre de processus de concertation permanent.

A côté des modes d'articulation à repenser entre formation initiale et formation continue, la formation professionnelle continue représente en tant que telle un champ de compétences croisées qui constitue un enjeu essentiel pour le secteur social, en permettant, comme l'indique le schéma national, l'adaptation à l'emploi, une évolution continue des connaissances et des compétences tout au long de la vie professionnelle, la promotion, l'élévation du niveau de qualification, la mobilité des salariés, l'accès à des formations diplômantes pour des personnels entrés dans le secteur sans formation spécifique à l'emploi (faisant-fonction), et plus largement, l'évolution structurelle du secteur, de ses capacités d'organisation, de gestion de dispositifs, de management d'équipes pluri-professionnelles.

S'agissant de mettre en œuvre de nouvelles articulations entre différentes modalités de formation, on observe que le secteur social, du fait de son mode de structuration et de la construction historique de chacune de ses formations, rend aujourd'hui sans doute plus délicate que dans d'autres secteurs la mise en œuvre concrète de certains principes qui commencent à s'imposer dans le champ de la formation professionnelle continue, tels que la validation des acquis professionnels ou plus près de nous la VAE. C'est pourtant notamment à la faveur d'un développement maîtrisé de la validation des acquis de l'expérience que pourra à terme être imaginée une meilleure articulation des systèmes. Par exemple, la VAE est utilisée dans le secteur social pour le diplôme d'éducateur spécialisé, profession au sein de laquelle exercent de très nombreux personnels faisant-fonction et devrait se développer dans d'autres filières. Dans le secteur sanitaire, le programme VAE pour la période 2004-2005 arrêté par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) vise les diplômes d'aide-soignante, d'auxiliaire de puériculture, de préparateur en pharmacie hospitalière, d'infirmier de bloc opératoire, et pourrait inclure à terme celui d'infirmier.

Ainsi que le souligne l'état des lieux présidant à l'élaboration du schéma national des formations, l'enjeu en terme d'architecture des formations diplômantes est celui, à partir d'une prise en compte de l'histoire et des spécificités du secteur, des évolutions structurelles du secteur, liée à la situation socio-économique, à la décentralisation, au développement des politiques transversales et à la nécessité de mettre en œuvre de nouveaux dispositifs individuels ou collectifs. Dans le cadre des évolutions en cours et attendues, il ne semble pas nécessaire de revoir l'architecture de base, reposant sur le double principe de la formation initiale et de la délivrance de diplômes généralistes,

dans la perspective de développer les compétences génériques propres à chaque métier.

Il s'agit par là-même de permettre l'acquisition d'une culture professionnelle solide ainsi que de techniques et de compétences transférables et pouvant être enrichies tout au long de la vie professionnelle, éléments qui conduisent à justifier un renforcement des transversalités, passant par la facilitation des rapprochements durant les périodes de formation. L'élaboration progressive des référentiels professionnels de certification et de formation correspondant aux diplômes du travail social constitue par ailleurs un atout permettant de mieux identifier les activités qui sont au cœur des métiers et d'autre part celles qui sont transversales aux différents métiers du travail social. A partir de ces référentiels, il est possible d'organiser des passerelles qui ne se contentent pas de prévoir des allègements de formation, mais également des dispenses de certification.

Les centres de formation apparaissent à cet égard comme un lieu majeur à la fois pour l'articulation entre formation initiale et formation continue et pour le découplage des formations. Ainsi, l'implication des centres de formation dans la construction de l'offre de formation continue, notamment dans le domaine des formations d'adaptation à l'emploi, la conception des modules de formation ouverts à des publics de formation continue et initiale, doivent contribuer à favoriser une adaptation des formations initiales en lien avec les évolutions du secteur.

Appliqué aux formations médicales et para-médicales, le double principe de l'articulation des formations initiales et continues et de leur découplage a conduit le Professeur Berland à proposer en décembre 2002 un certain nombre de pistes de réflexions, tel l'abandon du concours général de l'internat au profit d'un concours régional et d'ériger en filière l'ensemble des disciplines médicales et chirurgicales, en prévoyant pour chacun de ces deux grands secteurs un tronc commun de deux ans. Dans le même sens et s'agissant du premier cycle des études médicales, il préconise d'ouvrir les facultés de médecine à tous les étudiants se destinant à une profession de santé, afin d'instituer une culture commune et de favoriser les passerelles entre les différentes professions. Actuellement, seules les futures sage-femmes et dans quelques facultés, les kinésithérapeutes disposent d'un tel tronc commun. Le D^r Pelloux¹⁰¹ évoque pour sa part comme l'une des perspectives possibles la création d'une Université de la santé, au spectre plus large que celui de la seule formation des médecins, regroupant l'ensemble des disciplines et des formations, et permettant, au travers de la formation initiale mais également d'une formation continue rendue obligatoire, de faire évoluer ensemble les acteurs du système sanitaire et médico-social.

¹⁰¹ Audition devant la section du travail du Conseil économique et social du D^r Patrick Pelloux, président des médecins urgentistes hospitaliers de France, le 25 février 2004.

Face aux besoins immédiats et à venir de personnels qualifiés dans le secteur, ainsi qu'à la présence extrêmement importante dans certaines fonctions de personnels non qualifiés ou ne disposant pas d'une qualification adaptée au métier exercé, les professionnels du secteur, tant du côté des employeurs que des représentants des salariés, s'interrogent actuellement sur la nécessité de recourir à une modularisation de la formation. Pratiquement, il s'agirait, ainsi que cela a déjà pu être expérimenté dans d'autres domaines, d'accepter au regard des besoins massifs de faire entorse aux règles dans l'augmentation du niveau général et de la qualification ou requalification des personnels en poste au sein des établissements. Il est alors question de mettre en place des étapes de qualification dans le parcours diplômant, de façon à adapter la formation au niveau et aux besoins de chacune des personnes accueillies en formation.

3. Diversification des modes de formation et d'apprentissage

S'agissant des modalités d'acquisition des connaissances et des savoirs professionnels, une palette de modalités doit être combinée, allant de l'usage du stage au tutorat ou au compagnonnage, en passant par l'apprentissage ainsi que par les autres formes que peut prendre l'alternance dans le cadre de la formation.

On rappellera que l'alternance est l'un des principes fondateurs des formations préparant aux diplômés du travail social. Dans leur conception, si ce n'est toujours dans leur mise en oeuvre, les stages ne sont en effet ni l'application pratique des enseignements théoriques, ni une mise en situation professionnelle complète. Les terrains de stage, et au-delà l'ensemble des terrains pratiques ouverts dans le cadre de l'alternance, doivent représenter des lieux d'acquisition dans tous les registres de l'activité à laquelle la personne formée se destine. Il s'agit, entre autre, de favoriser, dans le cadre même de l'activité, des apprentissages relationnels, affectifs, sociaux. Chacun sait qu'ils se développent en marge de la volonté éducative organisée et s'accorde à reconnaître l'importance qu'ils revêtent en terme d'insertion et d'intégration dans les process tout comme dans les équipes de travail.

Il apparaît donc déterminant, dans le champ des métiers du sanitaire et du social plus encore que dans d'autres secteurs, de promouvoir le développement, à côté des temps de l'enseignement académique, de ces formes éducatives complémentaires empruntant la voie de la mise en situation professionnelle et bénéficiant de l'apport de personnes référentes. Pour que l'exercice soit profitable, les référents, titulaires des savoirs et de l'expérience professionnelle, dans une démarche inspirée du compagnonnage, doivent être formés aux techniques et à la déontologie du tutorat, dans le cadre de démarches de certification professionnelle et disposer de temps dédiés et de formes de reconnaissances spécifiques pour la mise en oeuvre de cette activité d'accompagnement dans la découverte des différents registres de l'intervention sanitaire et sociale.

C'est dans ce cadre renouvelé que les formations en alternance pourraient prendre tout leur sens et produire leurs pleins effets, à tous les niveaux de responsabilité, dans la perspective du renouvellement générationnel que vont connaître à court et moyen terme les services et institutions sanitaires et sociales.

Cet enjeu est au demeurant aussi fort dans le secteur sanitaire que dans le secteur social, ainsi qu'en attestent les réflexions actuelles. Plus que tout autre, le domaine de la médecine et des actes para-médicaux est en effet concerné par les modes de formation alternée, contrairement au système germanique où les futurs médecins attendent entre quatre et cinq ans avant de rencontrer leur premier patient. L'apprentissage, qualifié par l'intervenant de véritable « parrainage », notion connexe à celle de compagnonnage, devrait ainsi s'étendre à une diversité de disciplines du secteur, aux infirmiers, aux kinésithérapeutes, les échanges de connaissances tout comme la confrontation des pratiques professionnelles apparaissant riches et porteuses de progrès pour le secteur dans son ensemble.

4. La formation sanitaire et sociale à l'épreuve des nouvelles technologies de l'information

Il s'agit au travers des temps de la formation comme de ceux de l'échange au cours de l'exercice du métier d'organiser le partage de connaissances professionnelles, dans un secteur particulièrement sensible à la dimension humaine, de savoirs tacites en savoirs codifiés. Pour prendre l'exemple de la médecine, l'évolution des pratiques met en évidence le fait que l'on observe simultanément une relation interpersonnelle dense, celle qui lie le soignant et le soigné, et des modes de travail de plus en plus collectifs, et interactifs, par l'intermédiaire de systèmes d'informations et de bases de données. On est donc face à des changements concrets qui ne relèvent pas d'un quelconque discours utopique sur les nouvelles technologies, mais bien d'évolutions réelles et de plus en plus marquées des pratiques professionnelles entre l'individuel et le collectif, entre la relation interpersonnelle et l'usage, dans un partage dynamique, de savoirs et de techniques construites par l'ensemble des professionnels du champ concerné.

Dans le discours managérial, il est beaucoup question du *knowledge management*¹⁰², dont la première étape a consisté à organiser le traitement des données au travers d'outils informatiques de plus en plus sophistiqués. La deuxième étape semble être celle de la codification d'un savoir organisé et partagé. Il s'agit derrière de construire des organisations qui apprennent en permanence, qui représentent des lieux de production et d'échange des savoirs formels et des savoir-faire plus concrets. Ces nouvelles formes de management prennent la forme de lieux d'échange, d'analyse d'expériences, mais aussi de forums de discussions ouverts à la faveur de l'outillage informatique et permettant de nourrir une discussion sur les difficultés réelles rencontrées dans les situations réelles de travail.

L'usage des nouvelles technologies appliquées au domaine de la formation s'accroît de manière tendancielle depuis plusieurs années. Toutes les sources s'accordent pour considérer que l'utilisation des NTIC dans l'enseignement supérieur et la formation continue, initiée aux Etats-Unis, est actuellement en très forte croissance.

¹⁰² Au sens de management par le savoir.

Ces nouvelles techniques sont à l'évidence riches de potentialités pour la formation à distance des personnels à partir de centres de formation en réseau. Elles imposent néanmoins en amont des investissements et des renouvellements pédagogiques importants, qui constituent à l'heure actuelle, au regard du niveau général de diffusion sur le territoire des nouvelles technologies de l'information, un sérieux obstacle à leur mise en œuvre.

Les interrogations portent notamment, ainsi que le souligne Jean-Claude Ruano-Borbalan¹⁰³ sur les contraintes organisationnelles propres au milieu académique et à la forme scolaire traditionnelle, notamment les coûts liés à l'interactivité ou encore la certification des diplômés. L'un des points essentiels est en effet la question de l'évaluation et de la certification des connaissances. Cette question est générale et liée à toutes les formes d'apprentissage et d'auto-formation en dehors des diplômés sanctionnés et socialement reconnus.

En Europe en général et en France en particulier, si une volonté nette de reconnaissance des acquis professionnels existe, elle peut se heurter à la résistance des institutions scolaires. Pour reprendre les termes de Jean-Louis Reiffers, alors président du groupe de réflexion de l'Union Européenne sur l'éducation et la formation, « *le passage à une démarche active visant à une plus grande responsabilité individuelle quant la formation tout au long de la vie ne (peut) se réaliser que par des injonctions données au système formel et institutionnel d'offre éducative et de formation. Il se fera par la demande, lorsque les individus auront la possibilité de disposer facilement d'actifs immatériels justifiant leur capacité, et lorsque ces actifs seront reconnus socialement et en premier lieu par le marché du travail* ».

En réalité, on ne constate pas dans les faits de contournement des systèmes de diplômés dans les pays où les voies de l'e-éducation sont plus particulièrement développées. Si une formation n'a pas d'agrément et si elle ne s'inscrit pas dans des cursus académiques, elle a peu de chances d'être attirante.

La question pour la France, dans l'utilisation des nouvelles technologies au service de la formation sanitaire et sociale, ne semble donc pas résider dans le détournement qu'elles pourraient faire craindre mais plus prosaïquement dans les obstacles à leur diffusion. Cette généralisation de l'équipement informatique, doublée de connexions d'un débit suffisamment élevé de l'Internet constitue en effet le préalable indispensable à l'usage des nouvelles technologies éducatives (circulation des travaux d'étudiants, diffusion de cours ou de corrections, recommandations des enseignants, mais également exercices accompagnés d'explications...) au service de pédagogies actives d'apprentissage, permettant une amélioration de la formation. De plus, la relation humaine, a fortiori dans le champ des questions sanitaires et sociales, s'accommode parfois difficilement des contingences informatiques parfois par trop rigides ou simplificatrices.

¹⁰³ *Risques et promesses de l'e-éducation*, n° 32, Hors Série de la Revue Sciences Humaines, Mars/Avril/Mai 2001.

La poursuite de l'équipement et de la mise à niveau des compétences des centres dans le domaine de ces nouvelles technologies vise à la fois à une utilisation croissante des NTIC à des fins pédagogiques, à la constitution de réseaux documentaires, à l'accès de tous (étudiants, chercheurs et professionnels) des bases de données et systèmes d'information du secteur, et enfin à la mise en commun, la confrontation et la valorisation des compétences et des savoir-faire.

B - L'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE FORMATION

1. L'accord national interprofessionnel du 20 septembre 2003

Bien que le secteur sanitaire et social se trouve juridiquement « hors champ » en tant que tel de la négociation collective interprofessionnelle¹⁰⁴, la problématique de la formation des personnels du secteur ne s'en inscrit pas moins dans les perspectives ouvertes par l'aboutissement, en septembre 2003, de la négociation interprofessionnelle sur la formation professionnelle. Au-delà, il se trouve désormais concerné, le Parlement ayant donné force légale aux stipulations de l'accord du 20 septembre 2003 relatif à l'accès des salariés à la formation tout au long de la vie. La réforme de la loi du 16 juillet 1971 a ainsi donné lieu à la loi promulguée le 4 mai 2004, et publiée au Journal Officiel du 5 mai 2004. Il convient de s'arrêter sur sa philosophie et son architecture générale, afin de dégager les pistes d'application qu'il va ouvrir ou conforter dans le secteur sanitaire et social en matière d'organisation du système et de modalités d'accès aux formations.

Le préambule de l'accord interprofessionnel stipule que : « *Dans une économie de plus en plus ouverte sur le monde, les entreprises sont confrontées en permanence à la nécessité d'une adaptation maîtrisée à leur environnement. Le renouvellement accéléré des techniques de production et de distribution des biens et des services sollicite toujours davantage l'initiative et la compétence de chacun des salariés. Les aspirations des salariés à une meilleure maîtrise de leur évolution professionnelle nécessitent de renouveler les objectifs et les moyens de la formation professionnelle continue. De plus, l'évolution démographique de la France va se traduire, dans les vingt prochaines années, par le ralentissement du renouvellement des générations et donc par un déficit global de qualifications et de compétences* ».

L'accord interprofessionnel met en place une série d'outils mobilisables dans chaque secteur au service de la formation et de la professionnalisation des salariés.

Ainsi, l'accord crée un *droit individuel à la formation* de 20 heures par an cumulables sur 6 ans. Ce nouveau droit est mis en œuvre à l'initiative du salarié, avec accord de l'employeur sur le choix de la formation.

Il prévoit la mise en place d'une *période de professionnalisation*, permettant aux salariés d'acquérir une qualification ou de participer à une action de professionnalisation au travers de formations en alternance. Cette période est ouverte à certaines catégories de salariés, et notamment à ceux dont la

¹⁰⁴ A l'exception du sous secteur des cliniques à caractère commercial.

qualification est inadaptée à l'évolution des technologies ainsi qu'aux salariés en seconde partie de carrière. Elle est mise en œuvre, soit à l'initiative du salarié, soit à l'initiative de l'employeur.

L'accord fusionne les différents contrats de formation en alternance (contrat d'orientation, contrat d'adaptation, contrat de qualification) en un outil unique, le *contrat de professionnalisation*, ouvert aux jeunes cherchant à s'insérer dans la vie active mais également aux adultes demandeurs d'emploi. Ce contrat propose un parcours alterné avec un objectif de qualification composé d'un contrat de travail d'une durée de 6 à 12 mois minimum pour un emploi en relation avec la qualification recherchée et une formation d'une durée de 15 % minimum du contrat, avec un plancher de 150 heures. Il est prévu que ces minima puissent être relevés par la branche pour certaines formations et pour certains publics.

Il prévoit *le développement de la fonction tutorale* : le tuteur est désigné par l'employeur, sur la base du volontariat, parmi les salariés qualifiés de l'entreprise, en prenant en principe en compte de leur emploi et de leur niveau de qualification, qui devront être en adéquation avec les objectifs retenus pour l'action de formation. Pour favoriser l'exercice de cette fonction, le salarié assumant ce rôle doit bénéficier au préalable d'une préparation et si nécessaire d'une formation spécifique.

Enfin, dernier outil et non des moindres, la *validation des acquis de l'expérience* constitue une nouvelle modalité de délivrance des diplômes, permettant de dispenser de tout ou partie des épreuves de l'examen final. Ainsi, par un autre moyen que la formation, il est désormais possible pour toute personne engagée dans la vie active depuis au moins 3 ans d'obtenir un diplôme, un titre ou une certification professionnelle en faisant reconnaître son expérience professionnelle et les compétences développées dans son activité.

A partir du consensus qui a pu être dégagé au niveau de l'interprofession tant sur la philosophie du système que sur les modalités ouvertes aux entreprises et aux salariés, des mises en place concrètes vont devoir maintenant être imaginées pour chaque secteur, rompant avec les habitudes antérieures, les appuyant ou leur procurant les outils nécessaires au prolongement des expériences d'ores et déjà entreprises.

En guise de conclusion sur ce point, on observera que le secteur sanitaire et social s'inscrit résolument dans les attendus et les préconisations de l'accord. A fortiori s'inscrit-il dans ceux de la nouvelle loi, ce dont témoignent les débats qui animent le champ depuis de nombreuses années, les pratiques qui s'y développent et les expérimentations qui y sont conduites dans le cadre d'une gestion paritaire et concertée. C'est ainsi que de manière plus appuyée pour ce secteur que pour d'autres, on constate que les formations ont progressivement été repensées, au fur et à mesure de leur refonte, sous l'angle de l'acquisition de connaissances et de compétences et non plus seulement de qualifications acquises indépendamment des pratiques auxquelles elles renvoient.

2. La décentralisation et ses effets attendus sur la formation des personnels du secteur

Si la décentralisation présente selon ses promoteurs l'intérêt de rapprocher la décision et son exécution, de la personne concernée et d'orienter de manière souvent plus pertinente la gestion des ressources au regard des besoins constatés, la nouvelle étape du processus de décentralisation va néanmoins et selon toute vraisemblance donner lieu à une organisation plus complexe que par le passé. Elle modifie en premier lieu le rôle et la responsabilité des interlocuteurs. Ainsi, ceux qui ont le pouvoir localement ne sont plus seulement des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales (DDASS, Etat et DDASS, département, par exemple), mais également des élus, qui pourraient s'avérer plus sensibles à la pression de leurs électeurs. La décentralisation peut également faire craindre des inégalités dans l'application du principe de solidarité locale, manifestées par des déséquilibres de fonctionnement selon les communes, départements ou régions. Charge devrait alors rester à l'Etat de compenser les écarts en se faisant garant de la solidarité nationale. Pour compenser les différences entre les pratiques locales, l'Etat dispose de moyens financiers par les dotations qu'il verse aux collectivités territoriales. Il peut aussi formuler des recours, en cas de désaccord avec telle décision locale, auprès du tribunal administratif.

A côté des questions de principe que peut poser la loi constitutionnelle n° 2003-276 du 28 mars 2003, elle donne également, notamment au travers de son article 7, des assurances financières déterminantes : *« Tout transfert de compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales s'accompagne de l'attribution de ressources équivalentes à celles qui étaient consacrées à leur exercice. (...) La loi prévoit des dispositifs de péréquation destinés à favoriser l'égalité de traitement entre les collectivités territoriales »*.

Néanmoins, les principes généraux posés ne semblent pas de nature à calmer l'inquiétude actuelle quant au transfert des compétences à la Région pour la formation, notamment, des travailleurs sociaux : *« l'attribution de ressources équivalentes »* semble en effet représenter un minimum rassurant, mais non satisfaisant si l'on considère que les ressources attribuées jusqu'alors par l'Etat étaient insuffisantes (par exemple, en matière d'investissements). D'autre part, on peut s'interroger sur le fait de savoir si cette attribution est garantie, une fois le transfert des compétences effectué, pour la hauteur de l'engagement ultérieur des dépenses des collectivités territoriales.

La perspective qui s'ouvre est celle d'une architecture assez compliquée, dont les principaux axes sont les suivants pour les formations en travail social :

- la création et l'organisation des diplômes délivrés par l'Etat restent de la compétence de ce dernier ; il s'appuie sur les orientations définies par le ministre chargé des affaires sociales après avis de la nouvelle commission paritaire consultative placée sous la compétence ministérielle. Les établissements de formation *« participent au service public de l'enseignement »*. Ils sont soumis à une *« déclaration préalable »* au préfet de région (DRASS) qui contrôle le respect des programmes et la qualité des formations ;

- la région « est responsable de la politique de formation des travailleurs sociaux ». Elle fait une synthèse des besoins au minimum tous les trois ans. Elle agréé, « dans des conditions fixées par décret », les établissements de formation et assure leur financement. Elle peut également retirer l'agrément à l'issue de la période ;
- aucune condition de résidence n'est opposable aux étudiants « en voie directe » ; ils n'ont à payer que les frais d'inscription et de scolarité ;
- la région peut confier sa compétence à un ou plusieurs départements, sur leur demande et par convention. On rappellera que les départements, à la différence des régions, sont des employeurs directs de travailleurs sociaux ;
- les établissements de formation agréés par la région passent avec elle une convention pour bénéficier des « financements nécessaires ». Cette aide prend la forme d'une subvention annuelle, sans instrument de régulation nationale ;
- la région attribue des aides aux étudiants, dont les règles minimales de taux et de barème seront fixées par décret, mais ce qui suppose aussi des variations régionales d'amplitude nécessairement inégale.

On notera enfin que l'accord national interprofessionnel du 20 septembre 2003 relatif à l'accès des salariés à la formation tout au long de la vie, comme le la loi du 4 mai 2004, abordent peu le sujet de la décentralisation.

D'ores et déjà, dans le cadre de la mise en œuvre des schémas régionaux des formations sociales, et du schéma national des formations sociales arrêté par le ministre en charge des affaires sociales en mai 2001, on observe un développement de la prise en charge des formations dans leurs différentes dimensions par le niveau régional. Ainsi, le schéma de la région Rhône-Alpes prévoit, de manière générique, de renforcer l'adéquation entre emplois et formations du secteur social. Pour ce faire, il prévoit de poursuivre l'effort de structuration de l'appareil des formations sociales du ministère en charge du travail, d'améliorer l'accès aux formations sociales, de conforter l'alternance pédagogique comme ancrage dans le monde professionnel, d'optimiser les compétences des centres de formation, et enfin de définir de manière pluriannuelle des priorités en matière de formation continue.

Les effets de la régionalisation de la formation se font sentir également dans le domaine sanitaire, ainsi qu'en attestent certaines des dispositions du projet de loi en cours d'examen devant le Parlement. Les professions médicales et paramédicales se caractérisent par le fait que leur exercice est réglementé par une disposition législative ou un texte pris en application d'une loi. Dans son article 58, le projet de loi en cours de discussion ne remet pas en cause les spécificités de chaque profession ; il se limite à décentraliser les conditions d'agrément des instituts dispensant les formations, ainsi que leurs modalités de financement. Fidèle au principe du chef de file de la région en matière de formation professionnelle, il confie à celle-ci la responsabilité de définir des quotas entre les écoles au sein de la région ; l'Etat reste cependant compétent pour fixer les *numerus clausus* et délivrer les diplômes.

Dans le domaine du financement, il est prévu que la région ait la charge du fonctionnement et de l'équipement des établissements publics de formation aux professions paramédicales et des préparateurs en pharmacie hospitalière, de même qu'elle participe à des opérations d'investissement prévues dans le cadre du plan Etat-région et aide au financement des institutions privées. Le projet propose enfin de décentraliser l'attribution de bourses d'études aux élèves et étudiants préparant un diplôme donnant accès à l'exercice d'une profession de santé autre qu'un diplôme de l'enseignement supérieur.

Il est permis de s'interroger sur le fait que ce projet de réforme soit débattu par le parlement dans le même temps où une réforme de la formation des professionnels de santé avec création d'un tronc commun est en cours d'élaboration.

3. Les évolutions dans l'architecture de la formation

3.1. Les finalités de la formation

Ainsi que l'indique Marcel Jaeger¹⁰⁵ consulté dans la perspective de l'élaboration du rapport, la question de l'évolution de l'architecture de la formation renvoie directement à sa finalité ultime, à savoir la réponse :

- aux besoins des salariés pour qui il s'agit d'une voie de promotion individuelle, de reconnaissance des compétences acquises et de valorisation de leurs potentialités, d'ouverture à la mobilité et dans de nombreux cas, pour les non-salariés, d'accès ou de retour à l'emploi ;
- aux besoins des bénéficiaires de l'activité de ces mêmes salariés : dans cet esprit, l'article 15 de la loi de rénovation de l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002 prévoit que les prestations délivrées par les établissements et services concernés par la loi « *sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires qualifiées* », sous la direction de « *professionnels dont le niveau de qualification est fixé par décret* ». Le niveau de qualification sera un des éléments de l'évaluation externe liée au renouvellement des autorisations ;
- aux besoins des employeurs en terme d'objectifs de développement et de gestion des mutations dans un paysage pour partie concurrentiel et soumis à des contraintes budgétaires significatives.

La convergence de ces différents intérêts, dans certains cas difficile à opérer, lorsqu'elle pose par exemple le débat de la polyvalence ou encore de la pluri-compétence, est recherchée au travers de l'évolution des contenus de formation, de la redéfinition des programmes, de leur adaptation aux situations réelles de travail et aux besoins, nouveaux ou reformulés, qui se font jour.

¹⁰⁵ Directeur de l'Institut régional de formation au travail social (IRTS) de Montrouge – Neuilly sur Marne.

3.2. La formation continue des agents de l'Etat et des hôpitaux

Un taux d'accès plus élevé dans la Fonction publique que dans le secteur privé ne doit pas faire oublier certaines carences dans les politiques de formation continue des agents de l'Etat et des hôpitaux. Au regard des enseignements de la mission d'évaluation conduite par le Commissariat général du Plan, on observe du côté des points positifs que le système de formation est désormais bien structuré, représentant avec 3,5 % de la masse salariale un effort conséquent, et qu'il peut se prévaloir d'un taux d'accès aux formations supérieur à celui du secteur privé. Le rapport¹⁰⁶ souligne toutefois les risques d'inadaptation du système de formation face aux enjeux actuels de modernisation des services. La mission d'évaluation avance dans ce domaine quelques recommandations, et en premier lieu de distinguer les grands types d'actions de formation en fonction des objectifs poursuivis. Au nombre de quatre, ils ont trait aux formations d'accompagnement des évolutions techniques ou organisationnelles, aux formations aux métiers, à la préparation aux concours et examens, et enfin à l'accompagnement des projets personnels des agents. Du point de vue de la méthode, le rapport préconise de favoriser toutes les formules et méthodes d'apprentissage formelles ou informelles, telles que le *coaching*, le tutorat ou le compagnonnage, afin de ne plus faire dépendre le développement de la compétence de la seule formation formelle. Enfin, le rapport suggère le développement de l'effort de formation des agents, au regard du déroulement de leur carrière.

Il préconise enfin l'ouverture d'une voie de promotion interne permettant l'accès à un corps ou un grade après validation d'un parcours professionnel et de formation défini en référence aux filières de formation et aux filières professionnelles existantes ou à définir, voie jugée peu praticable en l'état par l'administration, dans la mesure où elle pourrait entrer en contradiction avec le principe même du concours. A cet égard, on observera que dans le secteur parapublic, l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE) a trouvé en interne les solutions juridiques et pratiques permettant de résoudre, par la négociation collective¹⁰⁷ cette apparente contradiction, en ouvrant la voie à une modalité supplémentaire d'accès à la promotion, par l'instauration d'une validation interne des acquis professionnels. Les premières validations sont prévues en septembre, dès lors qu'auront été mis à jour les 17 référentiels d'emploi sur lesquels les jurys s'appuieront pour valider les acquis.

Un autre rapport, rendu public par l'IGAS en janvier 2004¹⁰⁸ propose les voies d'une amélioration de la prise en charge des personnes âgées à domicile, en renforçant les compétences des personnels concernés. En effet, les difficultés de recrutement observées impliquent de développer la formation des personnels et de la rendre plus accessible en assurant notamment la gratuité des formations

¹⁰⁶ Rapporteur de la synthèse devant l'instance d'évaluation constituée au sein du Commissariat général du Plan : Jean-François Cuby, inspecteur général de l'administration de l'Education nationale et de la recherche.

¹⁰⁷ Accord de modernisation statutaire de l'ANPE, repris dans un décret du 31 décembre 2003.

¹⁰⁸ La prise en charge sociale et médico-sociale des personnes âgées face à la canicule de l'été 2003.

initiales d'aides soignants. Il y a lieu également de promouvoir, au bénéfice de l'ensemble des personnels des services du maintien à domicile, les formations en cours d'emploi et la valorisation des acquis de l'expérience. Il est également recommandé de former les personnels à l'éducation à la santé, à l'application de consignes simples, aux précautions à prendre et à la conduite à tenir en cas de situations exceptionnelles.

3.3. La formation des professionnels de santé

Le système français de formation des professionnels de santé est reconnu. Néanmoins, comme dans de nombreux domaines, il est indispensable de l'adapter afin de permettre l'acquisition des dernières connaissances et de mieux répondre aux besoins des patients. En ce qui concerne la formation initiale, le ministère en charge de la santé a prévu de mettre en place à court terme une année commune de formation pour tous les futurs professionnels de la santé ; de faire de la médecine générale une spécialité à part entière ou encore de privilégier dès l'internat les spécialités les plus en difficultés telles que l'anesthésie, la chirurgie, l'obstétrique et la pédiatrie.

C - L'ACCÈS AUX FORMATIONS ET LEUR FINANCEMENT

1. L'accès aux différentes modalités de formation : formations initiales, en cours d'emploi, par la FPC, et la VAE

Le dispositif d'apprentissage dans le secteur social a été ouvert à titre expérimental en septembre 2000, pour les éducateurs spécialisés (DEES) et les moniteurs éducateurs (CAFME). Dans le sanitaire, seul le diplôme d'Etat d'infirmier peut se faire par cette voie. L'accord du 13 mars 2003 pérennise l'accès à la formation par l'apprentissage dans la branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée à but non-lucratif. Ce sont, pour l'heure, les seuls diplômes accessibles par voie d'apprentissage. La mise en œuvre du dispositif est confiée à la CPNE de la branche, et financée par le Fonds national d'apprentissage de la branche. A la différence des contrats d'insertion en alternance, il ne relève pas des dispositifs de formation professionnelle continue.

S'agissant de la mise en œuvre progressive de la VAE, pour les diplômes délivrés par le ministère des Affaires sociales, seul le Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) et Le Diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé (DEES) sont accessibles par la VAE. D'autres diplômes délivrés par les ministères chargés des Affaires sociales et de la santé sont en cours d'adaptation. Tous les diplômes du secteur sanitaire et social devront, à terme, être accessibles par la VAE, dès que les ministères auront permis en place les textes et moyens de réalisation (référentiels, jurys...).

S'agissant toujours du secteur social, l'orientation qui consiste à diversifier les modes d'accès à la formation est déjà progressivement mise en œuvre dans le cadre du schéma national des formations sociales. Ils passent outre, comme on l'a vu, la mise en œuvre de l'apprentissage à titre expérimental pour les formations d'éducateur spécialisé et de moniteur éducateur, par l'ouverture de la formation des Techniciens d'intervention sociale et familiale

(TISF) - anciennement Travailleuses familiales - à la fois à la voie directe et aux contrats de qualification ou encore l'ouverture de la formation au DEAVS aux contrats de qualification. Il est de plus prévu que cette orientation soit poursuivie notamment par l'ouverture de la voie directe pour les formations jusque là uniquement accessibles aux personnes déjà en situation d'emploi (DEAVS, CAFAMP).

Cette disposition, qui implique un engagement financier sur des crédits de formation initiale, contribuera à clarifier et rééquilibrer le rôle respectif de la formation initiale et de la formation continue, permettant ainsi de réaffecter une partie très importante des fonds collectés par les OPCA du secteur pour de véritables actions de formation continue prioritairement destinées à accompagner l'évolution des emplois et à favoriser la promotion professionnelle des salariés.

2. Le financement des formations et la question du statut des personnels en cours de formation

Dans la branche non lucrative du secteur sanitaire et social, le contrat d'étude prospective met en évidence les problèmes aigus de qualification de la branche, rendant nécessaire un accroissement de l'offre de formation qualifiante, ainsi que son adaptation aux besoins des établissements et de leurs salariés, et partant celui de son financement.

Pour la DGEFP et la DGAS, il appartient aux partenaires sociaux de la branche, dans le cadre de la mise en œuvre des dispositions de la loi du 4 mai 2004 reprenant les stipulations de l'accord du 20 septembre 2003, de définir, en fonction des ressources disponibles dans la branche, les actions prioritaires à mener au regard des besoins identifiés. De même, il apparaît que dans les suites du CEP, un Engagement de développement de la formation (EDDF) ne pourrait être conclu avec l'Etat que dans l'hypothèse où la branche mettrait en avant une des priorités correspondant aux politiques d'emploi (adaptation à l'emploi des populations les plus fragiles, difficultés de recrutement).

III - LA PROFESSIONNALISATION

La professionnalisation est aujourd'hui au cœur de nombreux débats au sein des branches d'activité et parmi les pouvoirs publics, dans un contexte d'exigence croissante de compétences et de qualification dans les métiers, afin de répondre de la meilleure façon aux évolutions et aux attentes de la société.

Cette notion sociologique, apparue au cours des années 1930 pour définir le processus de constitution des métiers et des professions, est devenue plus usitée dans les années 1990 dans le cadre de la politique de l'emploi, à propos des emplois familiaux et de l'offre de services aux particuliers. Elle désigne ainsi le changement de statut d'un ensemble d'activités qui passent du registre du voisinage ou bénévole à celui de métier, appelant une formation spécifique garantie par un diplôme donnant droit à une place socialement reconnue et à un salaire. Ce schéma s'applique tout particulièrement au travail social qui s'est en permanence constitué de cette façon, qualification et professionnalisation étant

liées puisque la création d'un diplôme était la marque de l'inclusion d'un nouveau groupe d'activités dans le champ professionnel.

La professionnalisation d'un salarié correspond ainsi non seulement à l'acquisition progressive de la maîtrise d'une activité, à la reconnaissance sociale de cette maîtrise (en termes de statut d'emploi, de conditions de travail, de progression professionnelle et de salaire), mais aussi à l'appartenance à une identité professionnelle spécifique. Elle mobilise ainsi l'ensemble du champ des politiques de formation, en particulier au travers de la formation professionnelle continue et de la VAE et passe par la certification de ces savoirs, savoirs être et faire.

A - L'IMPORTANCE DE LA PROFESSIONNALISATION

Le secteur sanitaire, social et médico-social est aujourd'hui confronté à un défi majeur, alors même que le constat est globalement fait d'une pénurie de ses professionnels, critique aujourd'hui pour certains métiers et qui pourrait à l'avenir encore s'amplifier. L'évolution des attentes et des besoins de la société tant sur le plan sanitaire qu'en termes d'action sociale exige le recrutement et la formation de personnels qualifiés.

A cet égard, la loi du 2 janvier 2002 indique que « *les prestations délivrées par les établissements et services... sont réalisées par des équipes pluri-disciplinaires qualifiées* ». Au moyen de la formation professionnelle initiale et la formation continue, les professionnels sont amenés à augmenter leurs connaissances pour servir la qualité des prestations. L'une des idées force de la loi est la nécessité de formations conjointes transprofessionnelles pour mettre en action les notions de partenariat, coopération, travail en réseau, articulation entre équipes de secteurs différents. Ce travail coordonné entre institutions implique une connaissance réciproque des différents métiers, pour une meilleure collaboration au bénéfice des usagers.

La professionnalisation apparaît dans ce cadre comme le vecteur majeur et indispensable à la légitimité d'acquisitions spécifiques, adaptées et reconnues. Cette démarche construite a une réalité dans le secteur tout entier où l'apprentissage du métier par l'expérience est considéré comme fondamental, notamment pour répondre de manière adaptée à la demande d'aide, de soins ou d'écoute des usagers. La réactivité face à l'imprévu ou à la complexité d'une situation doit pouvoir s'appuyer sur des connaissances et des savoir-faire mobilisables par tous et non dépendre de la bonne volonté ou de la générosité.

A ce propos, il convient de souligner avec force qu'il ne s'agit pas ici de remettre en cause le bénévolat dont l'intérêt et l'utilité sont convenus. Mais le bénévolat ne saurait toutefois constituer un moyen de pallier les insuffisances de personnel.

Dans cette logique de reconnaissance et de légitimité des professionnels du secteur sanitaire, il importe de sortir résolument de l'image qui demeure encore pour certains métiers d'une pratique qui relèverait du don de soi et des qualités de cœur, de dévouement et d'abnégation qui y sont associées. A un autre niveau, la vocation sociale des établissements et services à but non lucratif du secteur

ainsi que la transmission et la mise en œuvre de ces valeurs ne doit pas conduire à un quelconque amateurisme ni à brouiller la vision de l'existence de véritables compétences professionnelles.

Par ailleurs, une autre problématique peut apparaître, qu'il convient de ne pas négliger, consistant à rapprocher un nombre élevé de demandeurs d'emplois, notamment ceux sans qualification, et le manque de personnels dans les métiers du social et du médico-social. Il ne faudrait en effet pas être tenté, parce qu'il y a des emplois à pourvoir de façon massive, de doter les postes en faisant l'impasse sur la formation et le diplôme, et donc sur la qualification.

Devant des demandes de plus en plus exigeantes en termes d'équilibre personnel, de technicité et de qualité, les personnels dans leur ensemble doivent pouvoir offrir la garantie de compétences validées et de qualifications reconnues par des diplômes. Le développement déjà sensible des besoins, conjugué au contexte démographique, est appelé inévitablement à s'intensifier au cours des deux prochaines décennies. L'arrivée en masse, qui en découle, de personnels aux aptitudes et aux qualifications très diverses pose dès lors, non seulement la question de la sélection et du recrutement, mais aussi celle de leur professionnalisation.

La professionnalisation doit être appréhendée à un double niveau. En effet, si elle passe par le maintien, le développement et la reconnaissance de ses compétences, dans une perspective d'amélioration de son efficacité individuelle, de la performance collective et des résultats produits par l'organisation, elle apparaît également de ce fait participer à la construction ou à la transformation d'une profession tout entière, voire d'une branche d'activité

Ainsi, elle peut être, en premier lieu, analysée comme processus de construction et de développement de la « professionnalité » des individus, au croisement du travail, de l'expérience et de la formation. A ce titre, elle trouve pleinement sa place dans les problématiques liées au recours aux emplois subventionnés et à leur pérennisation (contrats aidés, en particulier les emplois ou contrats jeunes) ainsi qu'à l'existence d'un certain nombre d'emplois peu ou pas qualifiés, ou aux qualifications inadaptées.

La professionnalisation peut également être abordée en tant que processus de structuration ou de transformation d'une profession ou d'un secteur d'activité, dont la traduction passe par un ensemble de mesures permettant l'institutionnalisation des modes de reconnaissance des qualifications et des compétences (référentiels d'activités et des métiers, accès à l'emploi, contenu et validation de la formation)¹⁰⁹.

¹⁰⁹ Cf. point C sur *L'évolution de l'activité et les transformations dans son mode d'organisation*.

B - LA PROFESSIONNALISATION DES EMPLOIS

Dans le secteur sanitaire, social et médico-social, le constat est fait d'un recours croissant ces dernières années à des contrats aidés, tout particulièrement à des emplois jeunes, et à des faisant-fonction. Pierrette Cotard¹¹⁰, souligne sur ce point le décalage existant entre d'une part les discours officiels sur la professionnalisation, sur la qualité du service rendu, sur le respect de l'usager et de ses droits, et d'autre part sur le pourcentage élevé de personnel peu qualifié faisant-fonction et l'embauche dans les services de salariés précaires, souvent employés à temps partiel et faiblement rémunérés¹¹¹.

Cette tendance, qui conduit à ce que des personnels peu ou pas qualifiés se trouvent confrontés aux tâches les plus difficiles d'accompagnement des populations en situation de difficulté, risque d'entraîner, sur plus ou moins longue période, une déqualification majeure des intervenants et des métiers eux-mêmes.

Ces préoccupations ont été, pour partie, traitées dans la loi du 2 janvier 2002, laquelle vise à apporter aux professionnels du secteur social et médico-social un cadre de référence plus précis, plus un certain nombre de garanties, notamment en matière de reconnaissance de l'importance des qualifications.

1. L'insertion des jeunes

Les emplois jeunes représentent un dispositif original mis en place en 1997 dans le cadre des politiques d'emploi visant à offrir à des jeunes demandeurs d'emplois, diplômés ou non, une expérience professionnelle dans le cadre d'une activité nouvelle, et les conduisant de fait à participer à la définition, la construction et la professionnalisation de cet emploi. La convention conclue entre l'Etat et l'employeur intéressé comporte ainsi des dispositions destinées à assurer la professionnalisation du jeune : objectifs de qualification, conditions de mise en oeuvre d'une formation professionnelle et désignation d'un tuteur, afin de faciliter son maintien dans l'emploi ou sa mobilité professionnelle.

Au 31 décembre 2001, on note que plus de 50 000 jeunes ont été recrutés depuis le lancement du dispositif, dans le champ du « social »¹¹², celui-ci devant être envisagé comme un ensemble d'activités s'exerçant dans le domaine de la famille, de la solidarité ou de la santé dont près de la moitié par le milieu associatif. Ces contrats recouvrent des objectifs assez variés allant de l'assistance aux personnes âgées, aux personnes en situation de handicap ou aux personnes en difficulté, à la médiation ou à l'animation socioculturelle. Les fonctions d'accompagnement des personnes âgées et d'animation occupent une part très

¹¹⁰ Audition devant la section du travail du Conseil économique et social de Pierrette Cotard, membre du bureau national de l'UNSA, le 14 avril 2004.

¹¹¹ Le Conseil économique et social avait été amené à souligner une certaine précarisation des statuts, liée à la diversification de l'action sociale à l'occasion de ses travaux sur *Mutations de la société et travail social*, avis précité de Daniel Lorthiois, le 24 mai 2000.

¹¹² Source : Drees, Etudes et résultats, n° 248-juillet 2003.

importante dans les établissements sanitaires et médico-sociaux avec près du quart des postes créés par ces structures¹¹³.

La formation et la qualification des jeunes, dont certains sont issus des établissements et services du secteur, la pérennisation des activités, l'orientation des jeunes vers des métiers correspondant à leurs aspirations et leurs compétences représentent des préoccupations particulièrement fortes dans ces secteurs centrés sur le maintien de la cohésion sociale et la santé de la population. La qualification des jeunes suppose avant tout une intégration réussie dans le monde du travail et constitue un vecteur important de leur professionnalisation dont la durée du contrat et la formation professionnelle reçue sont les principaux déterminants¹¹⁴.

Toutefois, la professionnalisation des emplois jeunes semble poser le problème de la redéfinition des fonctions des professions sociales et médico-sociales et de l'organisation du travail. En effet, la pérennisation de leurs fonctions supposerait de traduire la reconnaissance des fonctions liées aux besoins non satisfaits ou émergents au niveau des dispositifs de formation et de classification, en d'autres termes de professionnaliser les activités effectuées.

Aujourd'hui, l'opportunité d'une démarche de professionnalisation apparaît plus délicate pour les contrats jeunes recrutés depuis la fin de l'année 2002 ; s'ils doivent prendre la forme d'un contrat à durée indéterminée, ils ne prévoient en revanche aucune obligation de formation, les dispositifs de VAE, plan de formation de l'entreprise, bilan de compétences ou accompagnement prévus le cas échéant au niveau de la branche conventionnelle pouvant être mobilisés à leur bénéfice.

On notera par ailleurs, à partir de 2003, la création d'un Contrat d'insertion dans la vie sociale (CIVIS) qui offre la possibilité à des jeunes sans emploi, peu qualifiés, âgés de 18 à 22 ans (voire 25 ans) d'être recrutés en milieu associatif pour une durée maximale de trois ans dès lors qu'ils sont porteurs d'un projet personnel à vocation sociale et humanitaire, notamment dans les domaines de l'intégration, de la politique de la ville et du sport, de l'aide aux personnes âgées, handicapées ou menacées d'exclusion.

2. L'absence, la faiblesse ou l'inadaptation des qualifications

Affirmer la professionnalisation des métiers du secteur sanitaire, social et médico-social nécessite de préciser la qualification des intervenants, tout autant que d'aborder la professionnalisation des interventions pour renforcer l'efficacité des prises en charge.

¹¹³ A noter que les structures qui accueillent ces jeunes emploient par ailleurs 15 % de leurs effectifs, (20 % pour les associations) en contrats aidés tels que CEC, CES ou CEV qui interpellent de la même façon quant à la possibilité de professionnalisation des titulaires de ces contrats et à leur devenir professionnel.

¹¹⁴ *Les Nouveaux services-Emplois jeunes : bilan fin 2003*, DARES, Premières Synthèses, n° 20.1, mai 2004.

Comme le soulignait Patrick Segal, ancien délégué interministériel aux personnes handicapées, à l'occasion des travaux de la commission d'enquête du Sénat sur la maltraitance envers les personnes handicapées¹¹⁵, une bonne volonté et une générosité manifeste ne suffisent pas, il faut un véritable professionnalisme. Cette assertion vaut plus largement pour l'ensemble des publics en situation de fragilité.

Christian Chasseriaud, président de l'Association française des organismes de formation et de recherche en travail social (AFORTS), ajoutait à ce propos qu'il était pour lui « *inconcevable de ne recourir qu'à des faisant-fonction dans les métiers du travail social (...) auprès de publics démunis, fragiles et vulnérables. Si l'on ne porte pas une attention particulière à la professionnalisation et à l'apprentissage du métier, on court le risque que des personnes, par manque de formation - et pas forcément dans l'objectif de mal faire - s'adonnent à certaines dérives* ».

Il paraît évident que les missions du secteur sanitaire et social ne peuvent souffrir de modes d'interventions improvisées. Le respect de la personne, le bon geste et la parole pertinente, tout autant que la juste distance professionnelle à maintenir entre une relation trop centrée sur l'affectivité et une relation trop indifférente, basée uniquement sur la technicité, sont autant d'éléments constitutifs des métiers du secteur qui ne peuvent être laissés sans un socle minimum d'outils mobilisables, garants de qualité professionnelle et protégeant ainsi l'intervenant tout comme la personne bénéficiaire de l'action sanitaire ou sociale.

Cette préoccupation apparaît primordiale et doit guider tout processus de recrutement, d'affectation à un poste donné et de choix des fonctions exercées, qu'il s'agisse de personnel intérimaire, de travailleurs étrangers, d'agents contractuels de la Fonction publique, de salariés sans qualification, de salariés travaillant hors structures, de faisant-fonction... Il est indéniable que plus les personnes sont formées, plus il leur est possible d'analyser les situations souvent complexes avec le recul nécessaire et plus la réponse à la personne est de qualité.

Aujourd'hui, l'ensemble du secteur est marqué par une proportion importante de personnels de bas niveau de qualification et de faisant-fonction, et se trouve par conséquent confronté à une exigence accrue de professionnalisation et de qualification de ces salariés. A titre indicatif, les trois-quarts des emplois du secteur social de la fonction publique territoriale sont des emplois de catégorie C (niveau V) et plus de la moitié des personnels de la filière sociale, toutes catégories confondues, sont des agents non titulaires.

S'agissant du secteur social et médico-social, le CEP de la branche à but non lucratif confirme le diagnostic de l'augmentation de la part des qualifications de niveaux V et IV et de la persistance d'une part importante de non diplômés. En effet, un tiers des effectifs ont une qualification de niveau IV et V, et un tiers n'a aucune qualification.

¹¹⁵ Rapport du Sénat, 5 juin 2003.

Le besoin de l'amélioration du niveau de qualification des personnels des premiers niveaux de la grille de classification, et plus largement de leur professionnalisation prend toute sa dimension dans le secteur des personnes âgées où un peu plus de la moitié des personnels se situent au niveau IV et près d'un tiers au niveau V. Dans le secteur de la petite enfance, 43 % des personnels se situent au niveau VI et 35 % au niveau V et dans le secteur des adultes en difficulté, 40 % des personnels se situent au niveau VI.

On ajoutera que cet état de fait n'est pas sans conséquences dans la démarche de professionnalisation engagée par les branches ; elle contraint les établissements à consacrer une part importante, et en progression constante, de leurs plans de formation continue à des formations qualifiantes.

La situation des faisant-fonction apparaît quant à elle un peu plus complexe. Ce n'est pas tant leur faible niveau de qualification qui peut être mis en cause - on rappellera que certains d'entre eux peuvent avoir un diplôme de niveau plus élevé que celui requis pour le poste qu'ils occupent¹¹⁶ - que l'inadaptation ou l'inadéquation de leur qualification et de leur diplôme, et donc de la formation qui y est liée.

Cette situation est pénalisante à un double titre. Du point de vue des intéressés eux-mêmes, ils ne bénéficient ni des conditions de rémunérations, ni du déroulement de carrière attachés à la qualification prévue par la convention collective ou les grilles de la fonction publique. Ils peuvent également souffrir d'une image de « professionnels de deuxième catégorie ».

Du point de vue de l'utilisateur, et plus globalement du système de soins et d'action sociale de qualité qui est le nôtre et auquel chacun est attaché, se pose la question des compétences professionnelles et de l'aptitude reconnues de façon institutionnelle, gage d'interventions et de prestations de qualité. Si l'on peut admettre, à la marge, qu'une personne titulaire d'un diplôme de moniteur éducateur fasse fonction d'éducateur spécialisé, au sein d'une équipe structurée offrant des conditions de soutien de suivi, quel serait en revanche le degré de confiance que l'on pourrait accorder à un aide médico-pédagogique qui exercerait de fait en continu, les fonctions réglementées de l'infirmier ?

Les développements présentés ci-dessus conduisent à considérer qu'au-delà de la réponse conjoncturelle que la professionnalisation apporte à la problématique des faisant-fonction et des plus bas niveaux de qualification, cette démarche peut et doit ainsi ouvrir au salarié des perspectives de carrière et de promotion sociale ; elle semble de nature à permettre plus largement une ouverture vers les différents métiers du secteur et la possibilité d'homologuer les connaissances et les expériences, de pouvoir les transférer vers d'autres filières, au travers des passerelles qu'il s'avère indispensable de faciliter.

¹¹⁶ Cf. partie I du présent chapitre sur le recrutement – point A-3 sur les faisant-fonction.

C - L'ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ ET LES TRANSFORMATIONS DANS SON MODE D'ORGANISATION

Il convient enfin de s'interroger sur le sens des évolutions au sein des professions sanitaires et sociales dans le contexte, déjà amplement décrit, du vieillissement des populations, de restructurations des systèmes de prises en charge, de diversification des besoins et de pénurie, actuelle et annoncée, des personnels du secteur pour y faire face.

A cet égard, l'une des questions centrales de l'évolution des professions sanitaires et sociales et de l'organisation du système semble être celle de la gestion de l'insuffisance numérique de personnels médicaux, médico-sociaux et sociaux qualifiés pour assurer une prise en charge de qualité des usagers. Au-delà de leur recrutement en nombre suffisant et de leur répartition géographique sur le territoire, on est en effet conduit à se demander quelles seront les conditions d'exercice, de statut et de rémunération de ces professionnels dans la période qui s'ouvre.

La profession infirmière, première profession de santé du point de vue du nombre des personnels concernés, est particulièrement illustrative de cette problématique. Les préoccupations majeures concernant cette profession ont trait, dans tous les pays d'Europe, à la démographie professionnelle, au statut, aux conditions d'exercice, à la rémunération, à la responsabilité et à l'évolution le cas échéant de leur droit de prescription.

Le cas de la profession infirmière met en lumière la problématique générale à laquelle sont confrontés tant les professionnels du secteur sanitaire et social que le système sanitaire et social lui-même, à savoir la volonté générale d'adaptation à l'évolution des besoins et de la demande sociale, et le besoin de reconnaissance des professionnels du secteur.

1. Pénuries professionnelles et modes de régulation du système

Pour poursuivre avec l'exemple de la profession infirmière, celui-ci fait depuis de nombreuses années l'objet d'études documentées, en France et en Europe, au regard de ses évolutions dans un contexte de restructuration des systèmes de soins. Un rapport de l'OMS datant de 1997 est notamment consacré aux conditions de travail de ces professionnels de soins infirmiers, et met en évidence les fortes disparités sur l'ensemble du continent européen.

Le rapport souligne la place fondamentale occupée, dans l'ensemble des pays étudiés, par les infirmiers dans le système de soins. La question posée est donc celle de l'adéquation de la profession aux mutations des systèmes de santé liées entre autres au progrès de la médecine et au vieillissement de la population. L'OMS constate que la profession a globalement évolué depuis vingt ans par un élargissement de son domaine de compétence.

Partout, la profession infirmière est marquée par un fort taux de féminisation ainsi que par une progression rapide de l'âge moyen des effectifs.

Ce vieillissement risque de devenir rapidement problématique, avec une pénurie que l'OMS pointe avec récurrence dans les pays dont elle étudie les systèmes : pénurie quantitative avec une offre insuffisante compte tenu des besoins, pénurie qualitative avec une formation hospitalière inadaptée au développement des soins extra-hospitaliers, et enfin pénurie distributive avec une mauvaise répartition géographique ou par spécialité.

Aigu dans de multiples pays, le problème est notamment résolu (à côté des recrutements effectués dans des pays tiers avec un succès incertain ou encore du rappel de professionnels ayant interrompu leur carrière) par le recours aux agences de travail spécialisées dans le domaine infirmier, ainsi qu'en atteste la montée en régime croissante à des structures en France, au service du secteur hospitalier public et privé ou encore du secteur médico-social.

La carence en personnels renvoie également à une pratique courante des heures supplémentaires qui peut conduire à terme à un épuisement des personnels dans des fonctions qui exigent à la fois une très grande disponibilité et une forte technicité. On note enfin une intensification du travail infirmier au sein des hôpitaux ainsi qu'une coordination avec le secteur ambulatoire vers lequel les suites de soins sont de plus en plus transférées. Toutes ces évolutions se traduisent par une plus grande variété du travail infirmiers, par exemple la promotion de la santé ou la prévention, l'orientation et le conseil dans le soin primaire.

Dans le cadre de ces évolutions, les infirmiers expriment des revendications en terme de reconnaissance d'une autonomie professionnelle, surtout par rapport au corps médical, ce qui renvoie à la définition de leur domaine de compétence.

2. Transferts, délégations de compétence et personnels référents

En France, c'est avec une grande précision que le champ de compétence infirmier est formalisé, dans un décret énumérant les actes en rôle propre et les actes délégués par un médecin, le système laissant une place beaucoup plus importante, au Royaume-Uni comme en Suède, à la responsabilité individuelle.

Dans notre pays comme dans les autres, l'un des enjeux forts de la discussion est celui de la prescription médicale, le Royaume-Uni et la Suède ayant déjà instauré une possibilité de prescription réservée aux infirmiers qui ont suivi une formation particulière. En l'état actuel de la réglementation, les infirmiers peuvent seulement, en situation d'urgence et en l'absence du médecin, accomplir certains actes conservatoires.

La question de la délégation ou du transfert de compétences, qui émerge dans tous les pays de la zone, commence à se poser également en France avec acuité, du fait des profonds mouvements en cours amenant à un ré-agencement des métiers et notamment à une nouvelle articulation, dans un contexte contraint d'allocation des ressources, entre les médecins, les infirmiers et les aides soignants. Loin d'être stabilisé, ce processus mérite que les termes du débat soient bien posés, afin de mieux cerner les effets qui peuvent en résulter pour les usagers et le système, pour les personnels et la collectivité nationale.

L'intérêt de telles formes de délégation, pour les systèmes qui les promeuvent, est avant tout économique, du fait d'un abaissement global supposé du coût des soins offerts à la faveur du transfert d'une partie de la charge de travail des médecins sur les infirmiers.

D'autres facteurs influent, au titre desquels les salaires proposés aux professionnels recevant ces délégations de compétence, les coûts de formation de ces professionnels, et enfin la productivité des différents professionnels et le volume de services pouvant être délégués avec ou sans supervision par un médecin.

La pénurie actuelle dans le secteur infirmier pose la question des capacités de la profession à absorber d'éventuels transferts de compétence. Toutefois, dans l'hypothèse d'un maintien des quotas actuels, les dernières projections démographiques de la DREES pour 2020 font état d'un accroissement de la densité d'infirmier de 24 %, alors que celle des médecins tendrait à se réduire de 19 % avec un *numerus clausus* de 6 000 médecins par an.

En France, c'est à titre expérimental et dans la double perspective de pallier la pénurie médicale et d'élargir l'horizon des para-médicaux que des hôpitaux et des cabinets médicaux expérimentent les transferts de compétence.

Ainsi, au sein du service de neuro-oncologie de la Pitié Salpêtrière est expérimentée l'association de médecins et d'infirmiers référents. Le rôle de ces derniers, qui exclut la prescription, est étendu, sous la responsabilité des médecins, à la réalisation d'exams ainsi qu'à celui de propositions thérapeutiques, pour des patients qui sont suivis au quotidien par ces personnels.

Au sein de cette structure hospitalière comme dans quelques autres établissements sanitaires, l'idée qui prévaut est de créer un fil d'Ariane pour le patient allant de son parcours hospitalier à son retour et à son suivi à domicile, mais également de proposer aux personnels soignants et spécialement aux infirmiers une évolution de carrière alternative à la seule filière de l'encadrement. Pour reprendre l'exemple parisien, les personnels concernés par ces fonctions de personnels référents ont suivi six mois de formation dans différents services ainsi qu'à la faculté aux côtés d'étudiants en médecine de troisième année.

Le rapport Berland, dans sa partie traitant des transferts de tâches et compétences, décrit quelques autres rares expérimentations françaises. Quatorze d'entre elles ont obtenu le blanc seing du ministère, qui fournit aux établissements concernés une aide méthodologique. On citera encore dans ce cadre le cas de trois cabinets médicaux, implantés en Poitou-Charentes, ayant recruté des personnels infirmiers intervenant en appui des médecins généralistes. Ces professionnels, disposant d'une formation de un à trois mois, se voient ensuite déléguer la mise en œuvre d'actions de prévention, de dépistage et d'éducation sanitaire. L'objectif poursuivi est dans tous les cas celui d'apporter aux patients en zone rurale un vrai suivi préventif, et de renforcer l'attrait des métiers sanitaires dans des zones pour partie désertées.

Les évaluations de ces expérimentations devraient être rendues publiques à l'automne 2004, constituant une base intéressante pour une réflexion approfondie sur cette question. Le ministère s'est en effet engagé à mettre en place une large concertation pour déterminer les conditions d'un éventuel élargissement des transferts de compétence. Dans ce cadre, les corps de métiers concernés pourront engager leurs réflexions collectives sur le sujet.

3. Les enjeux de l'évaluation de la qualité

Si l'évaluation de la qualité n'est pas encore une pratique familière pour les professionnels de la santé et du social en France, il est toutefois possible d'en observer la mise en œuvre progressive, portée par le contexte général de réaffirmation et de formalisation des droits des usagers, que ce soit par la loi du 2 janvier 2002 ou par la loi du 4 mars de la même année, relative aux droits des malades et à la qualité des systèmes de santé.

Obligatoire dans les établissements de santé depuis 1996, l'évaluation externe, effectuée tous les cinq ans et bientôt tous les quatre ans par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de santé (ANAES) s'appuie sur une méthodologie officielle, qui s'attache à mesurer, au-delà du fonctionnement des services, le service médical rendu. L'ANAES s'apprête ainsi à entrer dans la procédure devant conduire au second cycle d'accréditation des établissements de santé, selon de nouvelles modalités, actuellement testées par une quarantaine d'établissements volontaires.

Pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux, l'injonction légale est plus récente. Les établissements hébergeant des personnes âgées avaient pris un peu d'avance, la passation d'une convention tripartite de financement avec l'assurance maladie et le Conseil général étant subordonnée à une démarche d'assurance qualité devant conduire l'établissement à déterminer ses objectifs de progression. La loi du 2 janvier 2002 a ensuite étendu à l'ensemble des établissements et services du secteur l'obligation de réaliser des évaluations internes, dont les résultats doivent être communiqués tous les cinq ans à l'autorité de tutelle, et de se soumettre à des évaluations externes tous les sept ans. Toutefois, les modalités de mise en œuvre du dispositif d'évaluation ne sont pas encore fixées, tandis que le secteur consolide pour l'heure les expérimentations lancées sur le thème de l'évaluation de la qualité sur plusieurs années.

Le terme même de « qualité », pourtant couramment employé, recouvre une multitude de sens. La source d'ambiguïté potentielle qui en découle n'a été levée ni par l'ordonnance du 24 avril 1996 instaurant l'accréditation des établissements de santé, ni par la loi du 2 janvier 2002 prévoyant l'évaluation de la qualité des prestations dans le secteur social et médico-social. Les deux textes créent en effet des obligations sans imposer de définition.

A cet égard, on citera l'étude rendue publique en avril 2003 et réalisée à la demande du ministère en charge de la santé, réalisée par deux équipes de chercheurs du CNRS¹¹⁷ qui met en évidence le fait que chaque intervenant se fait

¹¹⁷ *La perception de la qualité chez les professionnels des établissements de santé.*

sa propre idée, au travers de logiques professionnelles, de la notion de qualité. La logique des personnels soignants apparaît ainsi marquée par les aspects relationnels, la logique médicale s'appuyant généralement sur un référentiel technique, la logique administrative suivant davantage la forme des textes officiels. Pour les auteurs de l'étude, le fait de s'appuyer sur les perceptions des différentes catégories de professionnels de terrain permet de faire émerger un sens commun pour la notion de « qualité », particulièrement nécessaire à la conduite de l'activité des services.

A partir d'une approche concrète de ce que peut représenter la qualité pour un service, une équipe ou un établissement donné, la méthodologie d'évaluation de la qualité est relativement simple dans ses principes. Dans la perspective d'évaluer collectivement une situation, elle passe par la fixation d'objectifs, l'élaboration de plans d'action, la mise en œuvre, la mesure et l'analyse des résultats obtenus.

Elle peut toutefois se révéler plus difficile à mettre en œuvre, du fait de pratiques professionnelles, notamment dans le secteur social et médico-social, plus axées sur les réunions de synthèse visant à évaluer la situation de l'utilisateur que sur les actions mises en œuvre pour répondre à sa demande. Ces démarches d'évaluation et le fait qu'elles découlent d'injonctions légales peuvent également être analysées par les professionnels comme un moyen de contrôle sur leur activité. Ils peuvent dans certains cas craindre qu'au travers des résultats d'évaluation collectifs ne soient mises en cause les pratiques professionnelles des personnes. La suspicion peut enfin porter sur le fait que l'évaluation, de manière générale et plus particulièrement sans doute dans le cadre des démarches d'accréditation du secteur sanitaire, ne serve de préalable à la mise en œuvre d'une maîtrise comptable au détriment des besoins des usagers et des services qui les prennent en charge.

En guise de conclusion sur les démarches d'évaluation de la qualité, qui tendent à se diffuser dans l'ensemble du secteur étudié, on soulignera le fait qu'elles nécessitent de la part de leurs promoteurs un effort de communication constant, afin de lever les incompréhensions et les réticences qui pourraient en découler pour les personnels. Elles rendent également utiles la réalisation, l'expérimentation et la diffusion de référentiels d'évaluation, invitant les acteurs de terrain à s'interroger sur les points sensibles des interventions, tels que l'articulation dans l'action de « l'individuel » et du « collectif », l'association des usagers, la continuité et la complémentarité des actions engagées dans le cadre d'une coordination de ces dernières.

CONCLUSION

A l'issue de l'examen des missions comme des conditions de fonctionnement actuelles du secteur sanitaire et social, il convient en premier lieu de souligner à la fois la richesse et la grande diversité de ce dernier, s'agissant de ses structures comme des professionnels qui y exercent. La qualité des personnels, la force de leur engagement auprès des usagers et des patients que la société leur confie méritent en effet d'être soulignées et saluées, tant l'analyse a permis de montrer qu'ils s'inscrivaient dans une dynamique de progrès.

Le deuxième constat est celui d'un secteur en mutation, confronté à de nouveaux enjeux économiques et sociaux et à une exigence d'adaptation, liés d'une part à l'extension mais également à la diversification des besoins de prise en charge, aux effets des lois de décentralisation et à la mise en œuvre de la loi du 4 mai 2004 sur la formation professionnelle. Dans ce contexte, on a pu observer comment le secteur se développait et se recomposait, ambitionnant de s'adapter pour répondre aussi favorablement que possible aux attentes et aux besoins des bénéficiaires de l'action sanitaire et sociale.

Le troisième élément de compréhension tient à l'analyse des politiques publiques conduites depuis les années 1970 en matière de gestion de l'offre de soins et d'interventions sociales. Si le cantonnement, voire la réduction de l'offre apparaissent dans un premier temps de nature à réduire les dépenses et à limiter dans certains cas les déficits budgétaires, ces mesures ne conduisent pas pour autant à endiguer l'augmentation de la demande ni à épuiser la question de la nécessité d'apporter des réponses collectives aux besoins sanitaires et sociaux de la population.

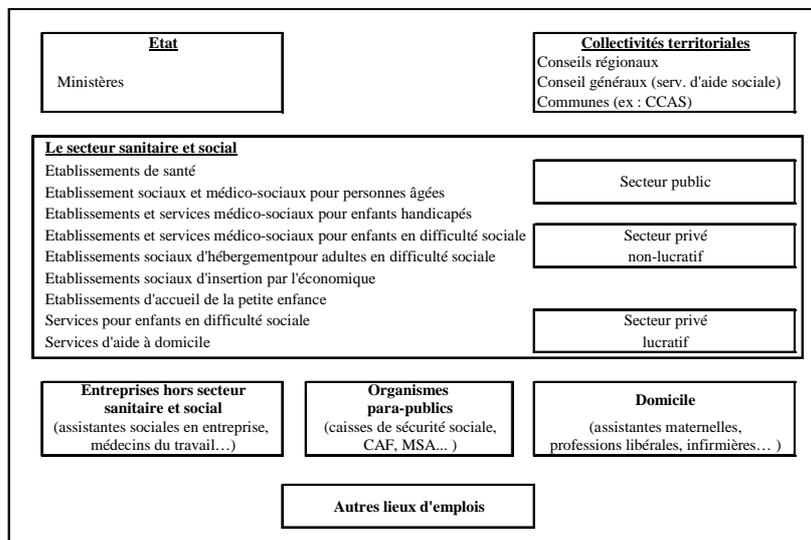
A cet égard, les politiques de gestion à court terme des insuffisances numériques les plus manifestes encourent la critique, dans la mesure où elles conduisent à aggraver la perspective des pénuries d'ores et déjà installées et de celles qui s'annoncent, du fait du vieillissement et des effets sur le secteur de la pyramide des âges de la population active.

Il en résulte un tableau dont il ressort que l'augmentation naturelle du nombre de professionnels est sans cesse inférieure à la croissance de la demande et que les taux d'encadrement et de prise en charge tendent à décroître alors que le vieillissement général de la population et la prise en charge du « grand âge » devrait conduire à les renforcer. Dans plusieurs professions, les difficultés à pourvoir les places offertes en centre de formation dans certaines régions ou encore d'arrêts prématurés dans l'exercice de certaines professions sont sérieuses. Le dramatique événement de l'été 2003 est venu rappeler qu'au-delà des carences dans les démarches de prévention, c'est bien souvent l'insuffisance numérique même des structures et des personnels qui se trouvait mise en cause.

Au regard des éléments de connaissance mis à jour par le rapport, il apparaît donc essentiel d'œuvrer à ce que le secteur retrouve son attractivité et à ce que les personnels, en nombre suffisant, soient bien préparés à la prise en charge des populations bénéficiaires.

ANNEXES

Annexe 1 : Les différents lieux d'emploi des professions sociales et de santé



Annexe 2 : Organismes et dispositifs de l'intervention sociale

| SECTEURS | | EMPLOYEURS | LIEU D'EXERCICE DES METIERS | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|---|--------------------|--|
| S E C T E U R P U B L I C | É T A T | Ministères, Administrations centrales, services extérieurs | Ministères : Affaires sociales, santé et ville, Education nationale, Jeunesse et sport, Travail, etc... | PJJ (Protection judiciaire de la jeunesse) | Directions départementales, DDASS, DDTE, etc... | Préfecture de Région (politique de la ville et de Dépt. (RMI) | | |
| | | Etablissements publics nationaux | ANPE | | Caisse des dépôts et des consignations, FAS, etc. (organismes financeurs de projets d'action sociale) | | | |
| | | Secteur parapublic | Caisses de sécurité sociale | | CAF, MSA, etc... | | | |
| | | Structures périphériques aux Collectivités territoriales | OPHLM (communal ou départemental) | CCAS (communal ou intercommunal) | Missions locales, PAJO, CCPD, PLIÉ, etc... | | | |
| | | RÉGION | Direction de la formation professionnelle (Conseil régional) Domaine : formation professionnelle des jeunes de 16 à 25 ans | | | | | |
| | C O L L E C T I V I T É S T E R R I T O R I A L E S | DÉPARTEMENT | Direction de l'action sociale (Conseil régional) Domaine : aide et action social : ASE ; PMI ; Service social départemental ; Cellule RMI | | | | | |
| | | TERRITOIRES INTER-COMMUNAUX | Communauté urbaine. Domaine : contrats ville, PLIÉ | Districts (idem) | Syndicats intercommunaux (idem) | | | |
| | | COMMUNE | Conseil municipal : Département action sociale Domaine : action sociale municipale, prévention de la délinquance, instruction du RMI, aide à domicile, etc. | | | Secrétariat général (domaine : notamment pilotage du DSU) | | |
| | | Associations ou fédérations d'associations gérant des établissements pour personnes en difficulté | | Fédération des Centres sociaux ou des MJC, Fédérations des CHRS (FNATS), Fédérations d'associations de sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence, UNAPEL, CAT, CMP, IME, IMPRO, etc... | | | | |
| | | S E C T E U R P R I V É | Structures "d'insertion par l'économique" | Associations intermédiaires et Entreprises d'insertion | | | Régies de quartier | |
| Organisations caritatives et humanitaires, associations de "lutte contre l'exclusion"... | Restos du cœur, Secours populaire, Secours catholique, Armée du salut, ATD Quart-Monde, Emmaus, Croix-Rouge, etc... | | | Association de suivi du RMI, SAMU, social, Fondation de France, etc. | | | | |
| Autres secteurs privés, centres de formation et de recherche | | | APEC, UNIOSS, CREAL, IRIS, etc. | | | Services sociaux privés | | |

Source : *Les métiers du social*, Bertrand Ravon, Paris, APEC/Editions de l'organisation, 1997, p. 31.

Le secteur sanitaire et social « institutionnel »

| | Année de l'estimation | Nbre d'établissements | Nbre de places | Personnel en équivalent temps plein (1) |
|---|-----------------------|-----------------------|----------------|---|
| Etablissements de santé | 2001 | 3 052 | 518 546 | 1 047 590 |
| Etablissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées (non compris les services de soins de longue durée) (2) | 2003 | 9 724 | 593 075 | 138 554 |
| Etablissements et services médico-sociaux pour enfants handicapés | 01/01/2002 | 2 892 | 131 070 | 73 060 |
| Etablissements médico-sociaux pour adultes handicapés | 01/01/2002 | 4 990 | 223 160 | 84 240 |
| Etablissements sociaux pour enfants en difficulté sociale | 01/01/1998 | 1 342 | 52 557 | 36 081 |
| Etablissements sociaux d'hébergement pour adultes en difficulté sociale | 01/01/1998 | 994 | 39 531 | 10 578 |
| Sous total : ensemble des établissements | | 22 994 | 1 557 939 | 1 390 103 |
| Services pour enfants handicapés | 01/01/1998 | 747 | | 5 684 |
| Services pour enfants en difficulté sociale | 01/01/1998 | 608 | | 6 869 |
| Services d'aide à domicile | sept. 1999 | 7 000 | | 220 000 |
| Total | | 30 602 | | 1 616 972 |

(1) - A l'exception du personnel médical des établissements de santé et du personnel des services d'aide à domicile.

(2) - Personnel estimé au 1^{er} janvier 1996.

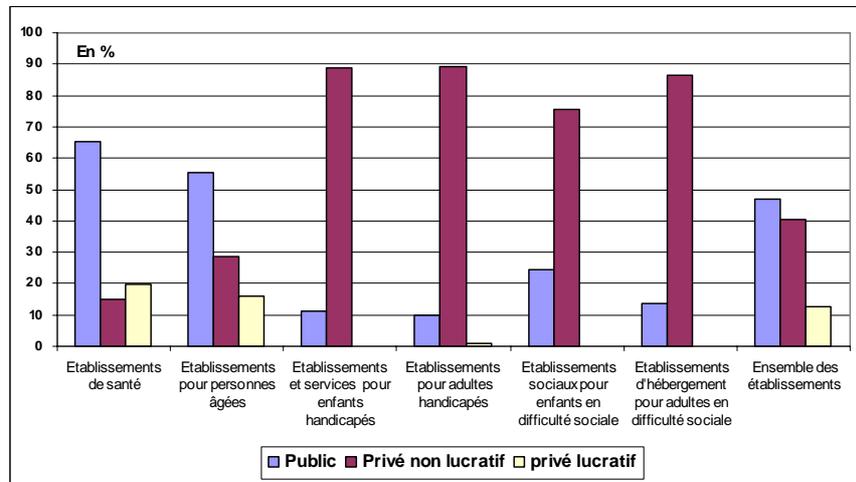
Source : Ministère du travail, de l'emploi et de la cohésion sociale/Mission INSEE du Conseil économique et social/France entière.

Situation des établissements de santé en 2001
selon le statut juridique et le type de financement

| | | Financement | | |
|---|--------------------------------------|--|---|--|
| | | Financement sous dotation globale | Financement sous objectif quantifié national | Ensemble |
| S T A T U T J U R I D I Q U E | Public | 1 010 entités juridiques 306 047 lits 29 348 places | | 1 010 entités juridiques 309 047 lits 29 348 places |
| | Privé non lucratif | 796 établissements 62 991 lits 8 682 places | 95 établissements 5 972 lits 666 places | 891 établissements 69 963 lits 9 348 places |
| | Privé lucratif | | 1 151 établissements 93 511 lits 8 329 places | 1 151 établissements 93 551 lits 8 329 places |
| | Privé lucratif et non lucratif | 796 établissements 62 991 lits 8 682 places | 1 246 établissements 99 483 lits 8 995 places | 2 042 établissements 162 474 lits 17 677 places |
| | Ensemble | 1 809 entités juridiques ou établissements 372 038 lits 38 030 places | 1 246 établissements 99 483 lits 8 992 places | 3 052 établissements ou entité juridiques 471 521 lits d'hospitalisation à temps complet 47 025 places en hospitalisation à temps partiel |

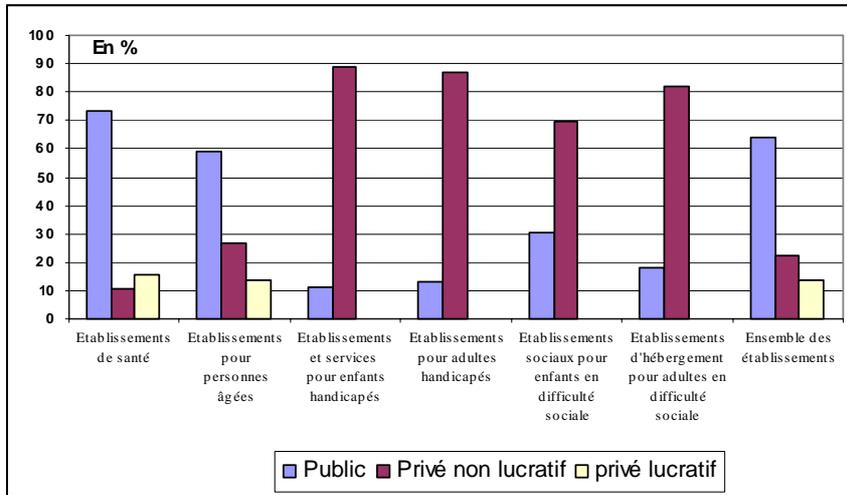
Source : DREES, Ministère chargé des affaires sociales et de la santé.

Répartition du nombre de places des établissements sanitaires et sociaux selon le statut juridique



Source : DREES, ministère chargé des affaires sociales et de la santé, graphique de la mission INSEE du CES.

Annexe 3 : Répartition du personnel des établissements sanitaires et sociaux selon le statut juridique



Source : DREES, ministère chargé des affaires sociales et de la santé, graphique de la mission INSEE du CES.

Annexe 4 : Les professions sociales et de santé et leurs effectifs

| Les professions de santé (1) | Effectifs au 01/01/2002 | Les professions sociales | Effectifs au 01/01/1998 |
|--|-------------------------|--|-------------------------|
| Médecins | 198 700 | Assistants de service social | 37 976 |
| Chirurgiens-dentistes | 40 481 | Conseillers en économie sociale et familiale (1) | 6 767 |
| Pharmaciens | 62 054 | Techniciennes de l'intervention sociale et familiale | 8 063 |
| Sages-femmes | 15 122 | Aides à domicile | 176 902 |
| Infirmiers | 410 859 | Educateurs de jeunes enfants | 8 932 |
| Masseurs kinésithérapeutes | 55 348 | Educateurs spécialisés | 54 868 |
| Orthophonistes | 14 323 | Moniteurs éducateur | 21 956 |
| Orthoptistes | 2 309 | Aides médico-psychologique | 21 519 |
| Psychomotriciens | 5 086 | Educateurs technique spécialisé | 4 329 |
| Pédicures-podologues | 9 470 | Educateurs technique | 3 143 |
| Ergothérapeutes | 4 433 | Moniteurs d'atelier | 10 203 |
| Audio-prothésistes | 1 526 | Animateurs socio-culturel | 36 539 |
| Opticiens lunetiers | 11 910 | Assistances maternelles | 380 281 |
| Manipulateurs ERM | 22 450 | | |
| Sous-total : professions de santé réglementées | 854 071 | | |
| Aides soignants | 404 816 | | |
| Agents de service hospitalier | 247 229 | | |
| Autres professions de santé | 187 347 | | |
| Ensemble | 1 693 463 | Ensemble | 805 788 |
| Ensemble des professions sociales et de santé | | | 2 499 251 |

(1) - Au 01/01/2003.

(2) - Au 01/01/1992.

(3) - Les moniteurs d'enseignements ménagers et les conseillers conjugaux sont comptabilisés avec les conseillers en économie sociale et familiale.

Source : DREES, ministère chargé des affaires sociales et de la santé.

Les métiers du travail social

| | |
|---|--|
| Aide à domicile | Si l'auxiliaire de vie et l'aide ménagère s'adressent en général à des publics différents, personnes handicapées dans le premier cas, personnes âgées et familles dans le second cas, leurs fonctions d'aide à domicile sont cependant semblables. Dans l'un ou l'autre situation, il s'agit d'apporter une aide dans l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne pour permettre aux personnes handicapées, aux personnes âgées ou aux familles de rester dans leur cadre de vie habituel, et conserver ainsi une certaine autonomie et une vie sociale. |
| Aide médico-psychologique | L'aide médico-psychologique participe à l'accompagnement des enfants et des adultes handicapés ou des personnes âgées dépendantes. Il agit au sein d'une équipe pluriprofessionnelle sous la responsabilité d'un travailleur social ou paramédical. Il intervient dans les hôpitaux, les maisons d'accueil spécialisées, les maisons de retraite, partout où des personnes ont besoin d'une présence et d'un accompagnement individualisé du fait de la gravité de leur handicap ou de leur état de dépendance. |
| Animateur | L'animateur exerce des responsabilités dans l'élaboration et la mise en oeuvre de projets d'animation ; il organise ou aide à organiser des activités. Les champs d'intervention sont variés et, selon les cas, les actions qu'il mène ont une dominante culturelle, sociale ou éducative. |
| Assistant social | L'assistant de service social agit avec les personnes, les familles, les groupe pour améliorer leurs conditions de vie sur le plan social, économique ou culturel. Il les aide à surmonter leurs difficultés et à développer leurs capacités propres afin de maintenir ou de restaurer leur autonomie et de faciliter leur insertion. Son intervention revêt diverses formes : informer sur les droits aux prestations sociales, au soins médicaux, à la formation ; aider dans ces démarches, conseiller et orienter en fonction des demandes vers des lieux d'accueil ou des services spécialisés ; participer au développement social de quartier ou de collectivités en milieu urbain ou rural ; concevoir et participer à la mise en oeuvre de projets socio-éducatifs. |
| Conseiller en économie sociale et familiale | C'est par l'information, le conseil technique, l'organisation d'actions de formation que le conseiller en économie sociale et familiale aide les individus, les familles et les groupes à résoudre les problèmes de leur vie quotidienne. Il contribue ainsi à la prévention de l'exclusion sociale sus toutes ses formes. Les compétences techniques et pratiques du conseiller en économie sociale et familiale en matière d'habitat, de logement, d'alimentation et de santé, de gestion des ressources et de consommation sont autant de terrains qui lui permettent d'agir concrètement pour favoriser l'insertion sociale et être acteur du développement social en milieu urbain ou rural. |
| Educateur de jeunes enfants | L'éducateur de jeunes enfants est, parmi les travailleurs sociaux, le spécialiste de la petite enfance. Ses fonctions se situent à 3 niveaux : éducation, prévention, coordination. Il intervient auprès des enfants de 0 à 7 ans. A cette époque clé de la petite enfance, il s'attache à favoriser le développement global et harmonieux des enfants, en stimulant leurs potentialités intellectuelles, affectives, artistiques. |

| | |
|---|--|
| Educateur spécialisé | L'éducateur spécialisé concourt à l'éducation d'enfants et d'adolescents ou au soutien d'adultes présentant des déficiences physiques, psychiques ou des troubles du comportement ou qui ont des difficultés d'insertion. Par le soutien qu'il apporte et par les projets qu'il élabore, il aide les personnes en difficulté à restaurer ou à préserver leur autonomie. Il favorise également les actions de prévention. Son intervention se situe aussi bien dans le champ social que dans le champ scolaire, celui de la santé ou encore de la protection judiciaire de jeunesse. Il est également de plus en plus appelé à intervenir sur le développement local d'un quartier ou d'une communauté. |
| Educateur technique spécialisé | L'éducateur technique spécialisé a 2 casquettes : il est à la fois éducateur et spécialiste d'une technique professionnelle qu'il transmet aux personnes dont il a la charge. Il est ainsi spécialiste de l'adaptation ou de la réadaptation professionnelle des handicapés jeunes ou adultes, d'une façon générale des personnes qui rencontrent de grandes difficultés d'insertion professionnelle. Son action vise à favoriser l'autonomie, la réinsertion ou l'intégration dans le monde du travail. |
| Moniteur-éducateur | Le moniteur éducateur exerce sa fonction auprès d'enfants, d'adolescents ou d'adultes inadaptés, handicapés ou en situation de dépendance. A travers un accompagnement particulier, le moniteur éducateur aide quotidiennement à instaurer, restaurer ou préserver l'adaptation sociale et l'autonomie de ces personnes. Il participe ainsi à l'action éducative, à l'animation et à l'organisation de la vie quotidienne des personnes accueillies en liaison avec les autres professionnels de l'éducation spécialisée. |
| Technicien de l'intervention sociale et familiale | Le technicien de l'intervention sociale et familiale est un travailleur social dont les missions sont en pleine évolution suite à la réforme de la formation des travailleuses familiales. A partir du support des activités de la vie quotidienne, le TIFS assure une action socio-éducative auprès des familles voire d'autres publics. Son intervention vise à permettre l'intégration sociale, le développement et l'autonomie des personnes aidées. Son rôle est donc à la fois préventif, éducatif, d'accompagnement et de soutien. Professionnel qualifié, le TIFS peut être amené à travailler en équipe pour participer ou animer des projets collectifs. |

Source : Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2000.

Les métiers de la santé

| | |
|--------------------------|--|
| Médecin | Les missions de base sont la prévention, le diagnostic et le traitement des maladies et des handicaps, ainsi que le soulagement des souffrances. Il peut mettre en œuvre l'ensemble des actes nécessaires à ces missions dans les limites de sa compétence. Son rôle est donc le maintien et la restauration de la santé au plan physique mais aussi psychologique, en collaboration avec les autres professions médicales et les professions paramédicales. |
| Chirurgien-dentiste | L'exercice professionnel du chirurgien-dentiste vise à dispenser aux patients des actes de prévention et de soins bucco-dentaires, à traiter les handicaps liés à l'absence de dents par des réhabilitations dentaires prothétiques, à corriger les défauts de positionnement des dents par des traitements d'orthopédie, à rétablir une fonction masticatoire harmonieuse prévenant ou corrigeant ainsi des troubles musculaires et articulaires de la face. |
| Pharmacien | Acteur non seulement au niveau de la délivrance du médicament et des produits de santé, mais aussi dans le domaine de la prévention, de la biologie médicale, de la recherche, de l'industrie pharmaceutique, de l'enseignement... Suivant son mode d'exercice, il aura des contacts privilégiés avec les patients, les autres acteurs du système de santé (médecins, infirmiers...), des juristes, des administrations, des entreprises commerciales. |
| Sage-femme | La sage-femme exerce une profession médicale. Son champ de compétence concerne la femme enceinte et la naissance. Il est toutefois limité à la grossesse et à l'accouchement normal, un médecin devant obligatoirement prendre le relais en cas de grossesse ou accouchement pathologique. Les actes et les prescriptions médicamenteuses que les sages-femmes sont autorisées à effectuer sont précisés par des textes réglementaires. |
| Infirmier | Le métier d'infirmier est très diversifié. L'infirmier peut exercer dans de multiples secteurs d'activité : celui des soins (médecine, obstétrique, chirurgie, psychiatrie...), de la prévention (médecine du travail, Education Nationale) ou de l'action humanitaire. Par ailleurs le diplôme étant reconnu dans toute l'Union Européenne, il permet une liberté de circulation totale. En outre, le métier offre de multiples perspectives de carrière, tant en matière de spécialisation (diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste, puériculture, bloc opératoire) que d'encadrement (diplôme de cadre de santé, directeur de soins). |
| Masseur-kinésithérapeute | Le masseur-kinésithérapeute réalise, de façon manuelle ou instrumentale, des actes fixés par décret, notamment à des fins de rééducation sur prescription médicale, dans le but de prévenir l'altération des capacités fonctionnelles, de concourir à leur maintien et lorsqu'elles sont altérées de les rétablir ou d'y suppléer. Il intervient également dans le domaine sportif (remise en forme, relaxation, massages) et en thalassothérapie (balnéothérapie, hydrothérapie). |
| Orthophoniste | L'orthophoniste prévient et prend en charge, sur prescription médicale, les troubles de la communication écrite et orale. Il est amené, à ce titre à s'occuper des malentendants auxquels il apprend à lire et à parler sur les lèvres, d'enfants souffrant de retards d'expression ou de troubles comme le bégaiement, ayant des difficultés d'apprentissage de la lecture, de l'orthographe, de l'écriture. Il soigne également des adultes ayant des troubles de la voix ou privés de leurs facultés d'expression ou de compréhension (surdité, accidents cérébraux). |

| | |
|--------------------|--|
| Orthoptiste | L'orthoptiste assure, par la rééducation, le traitement des troubles de la fonction sensorielle et motrice des yeux (strabisme, paralysie oculomotrice...). Il travaille sur prescription médicale : 80 % de ses actes sont prescrits par les ophtalmologistes. La pratique de l'orthoptie s'articule autour de trois éléments : le bilan, la rééducation orthoptique, et la rééducation fonctionnelle du trouble visuel. |
| Psychomotricien | Le travail du psychomotricien vise à rééduquer les personnes confrontées à des difficultés psychologiques vécues et exprimées de façon corporelle, en agissant sur leurs fonctions psychomotrices. Il traite des troubles du mouvement et du geste dont peuvent souffrir les enfants, les adolescents, les adultes et personnes âgées : bégaiement, tic, trouble de l'orientation et du comportement. Les actes qu'il est autorisé à pratiquer sont réglementés par un décret. Il intervient sur prescription médicale. |
| Pédicure-podologue | Le pédicure-podologue soigne toutes les affections de la peau et des ongles du pied. D'autre part, sur prescription médicale, il conçoit et fabrique les semelles orthopédiques pour compenser les malformations du pied et pratique aussi des exercices de rééducation postopératoire. |
| Ergothérapeute | L'ergothérapeute contribue au traitement des troubles et des handicaps de nature psychique, somatique ou intellectuelle créant une désadaptation ou une altération de l'identité et vise à la réinsertion des personnes atteintes de ces troubles dans leur travail. L'ergothérapie sollicite les fonctions déficitaires et les capacités résiduelles des personnes traitées pour leur permettre de maintenir, récupérer ou acquérir la meilleure autonomie individuelle possible. Après avoir examiné la personne, il propose les solutions techniques nécessaires : aménagement du mobilier, habillage, hygiène... |
| Audio-prothésiste | L'audioprothésiste est un professionnel qui procède à l'appareillage des déficients de l'ouïe. Cet appareillage comprend le choix, l'adaptation, la délivrance, le contrôle d'efficacité immédiat et permanent de la prothèse auditive et l'éducation prothétique du déficient de l'ouïe. La délivrance d'un appareil de prothèse auditive est soumise à la prescription médicale préalable et obligatoire. |
| Opticien-lunetier | L'opticien-lunetier est un professionnel qui réalise, adapte, vend des articles destinés à corriger les défauts ou déficiences de la vue sur prescription médicale et conseille les utilisateurs des matériels fournis. Il commercialise également des fournitures telles que lunettes de soleil, étuis, produits d'entretien, instruments d'optique et de mesure. Le caractère commercial de son métier est important. |
| Manipulateur ERM | Le manipulateur d'électroradiologie médicale, sur prescription et sous la responsabilité d'un médecin, participe directement à la réalisation des investigations relevant de l'imagerie médicale (radiologie classique, scanographie, I.R.M, médecine nucléaire) et des traitements (radiothérapie). |
| Aide soignant | L'aide-soignant contribue à une prise en charge globale des personnes en liaison avec les autres intervenants au sein d'une équipe pluridisciplinaire, en milieu hospitalier ou extra-hospitalier, dans le secteur médical, social ou médico-social. Il veille, en cas de besoin, à leur éducation et à celle de leur entourage. Au sein de cette équipe, il dispense, en collaboration et sous la responsabilité de l'infirmier, les soins visant à répondre aux besoins d'entretien et de continuité de la vie de l'être humain et à compenser partiellement un manque ou une diminution d'autonomie de la personne. |

| | |
|------------------------------|---|
| Agent de service hospitalier | L'agent de service peut par lui-même planifier, organiser et effectuer différents travaux de service comme le nettoyage et l'entretien, la préparation et la présentation des repas, des travaux de manœuvre et de déménagement ainsi que des travaux de surveillance et de contrôle en respectant l'environnement et l'utilisation des ressources ainsi que les exigences ordinaires de santé, de bien-être et de sécurité dans les entreprises et établissements publics et privés, ainsi que dans les foyers privés. |
|------------------------------|---|

Annexe 5 : Effectifs du personnel médical en 2001 et effectifs des personnels non-médicaux et sages femmes en 2001

Personnels médicaux
Effectifs en nombre de personnes en 2001

| | | Ets publics de santé | % | Ets privés sous dotation globale | % | Ets privés soumis à l'objectif quantifié national | % | Ensemble des Ets publics et privés | % |
|--|------------|-----------------------------|----------|---|----------|--|----------|---|----------|
| Médecins, biologistes, odontologues, pharmaciens | Salariés | 80 022 | 96,6 | 10 586 | 84,2 | 3 727 | 8,3 | 94 335 | 67,1 |
| | Libéraux | 2 820 | 3,4 | 1 982 | 15,8 | 41 410 | 91,7 | 46 212 | 32,9 |
| | Sous-total | 82 842 | 100 | 12 568 | 100 | 45 137 | 100 | 140 547 | 100 |
| Internes, FFI, DIS (1) | | 17 237 | | 1 152 | | | | 18 389 | |
| Total (2) | | 100 079 | | 13 720 | | 45 137 | | 158 936 | |
| En % | | 63,0 | | 8,6 | | 28,4 | | 100 | |

(1) - FFI : Faisant-fonction d'interne - DIS : Diplôme inter-universitaire de spécialités

(2) - Sauf médecins intervenant de façon exceptionnelle dans les établissements (occasionnels)

Note : Ces données comptabilisent plusieurs fois les praticiens qui exercent dans plusieurs établissements.

Source : DREES, SAE 2001, ministère chargé des affaires sociales et de la santé.

Sages femmes et personnels non médicaux
(effectifs en équivalent temps plein)
en 2001

| | Ets publics de santé | % | Ets privés sous dotation globale | % | Ets privés soumis à l'objectif quantifié national | % | Ensemble des Ets publics et privés | % |
|--|----------------------------|------|---|------|---|------|--|------|
| Personnel administratif | 75 628 | 11,3 | 13 846 | 14,2 | 17 993 | 14,9 | 107 467 | 12,1 |
| Personnels soignants et éducatif | 478 138 | 71,3 | 66 428 | 68,3 | 90 374 | 75,0 | 634 940 | 71,4 |
| dont sages femmes | 7 079 | 1,1 | 599 | 0,6 | 2 286 | 1,9 | 9 964 | 1,1 |
| dont personnel d'encadrement du personnel soignant | 24 065 | 3,6 | 3 426 | 3,5 | 3 180 | 2,6 | 30 671 | 3,5 |
| dont infirmiers (1) | 187 101 | 27,9 | 23 879 | 24,6 | 36 349 | 30,1 | 247 329 | 27,8 |
| dont aides soignants (2) | 161 275 | 24,0 | 17 872 | 18,4 | 26 819 | 22,2 | 205 966 | 23,2 |
| dont agents de service hospitalier (ASH) et autres personnels des services médicaux | 73 264 | 10,9 | 12 088 | 12,4 | 19 330 | 16,0 | 104 682 | 11,8 |
| dont autre personnel | 25 354 | 3,8 | 8 563 | 8,8 | 2 410 | 2,0 | 36 327 | 4,1 |
| Personnels médico-technique | 33 243 | 5,0 | 4 339 | 4,5 | 2 170 | 1,8 | 39 752 | 4,5 |
| Personnels techniques | 83 817 | 12,5 | 12 641 | 13,0 | 10 037 | 8,3 | 106 495 | 12,0 |
| TOTAL | 670 826 | 100 | 97 254 | 100 | 120 574 | 100 | 888 654 | 100 |

(1) - Y compris infirmiers spécialisés et de secteur de psychiatrie.

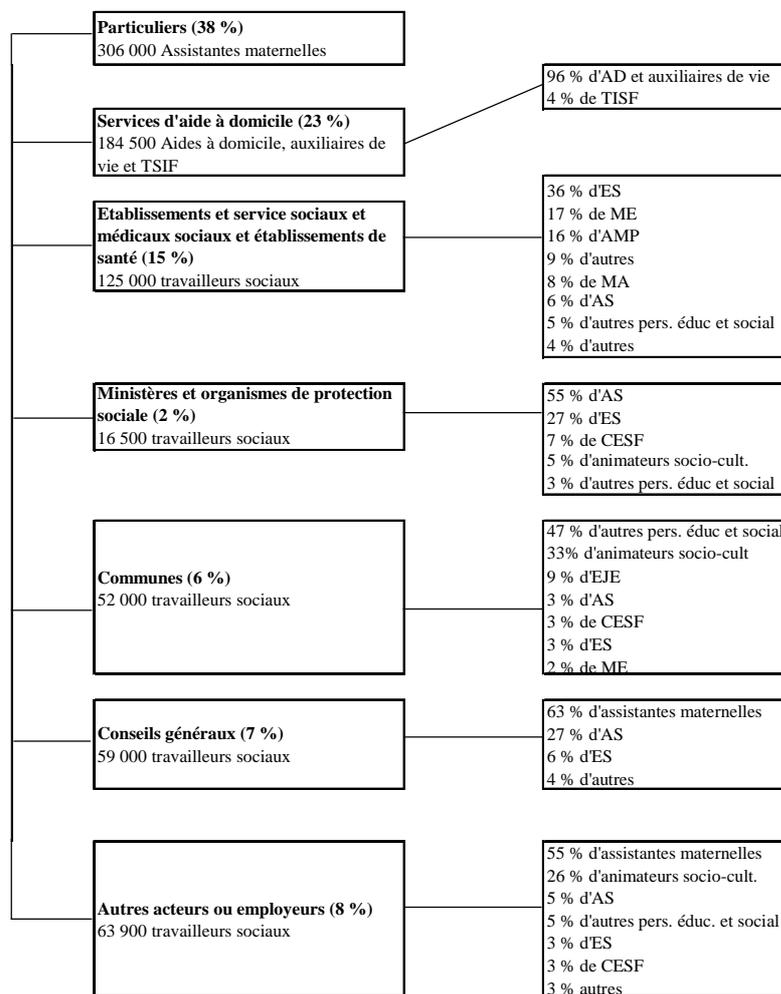
(2) - Non compris les élèves.

Champ : France métropolitaine.

Source : DREES, SAE 2001, ministère chargé des affaires sociales et de la santé.

Annexe 6 : Représentation d'ensemble de la répartition des travailleurs sociaux par secteurs d'activités et employeurs selon les emplois exercés

800 000 travailleurs sociaux « reconnus »



AMP : aides médico-psychologiques
 AS : assistants de service social
 CESF : conseillers en économie sociale et familiale
 EJE : éducateurs techniques spécialisés
 MA : moniteurs d'ateliers
 ME : moniteurs éducateurs
 TISF : techniciens de l'intervention sociale et familiale

Source : Direction générale de l'action sociale (DGAS), *Schéma national des formations sociales 2001-2005*, Paris, ministère de l'emploi et de la solidarité, mai 2001, p. 13.

Annexe 7 : les diplômes de santé et du social préparant aux métiers du social

| Diplômes par niveaux | Niveau de formation initiale | Durée de la formation | Lieux de formation |
|--|--|--|--|
| <u>Niveau I</u> Diplôme d'état de docteur en médecine (<i>numerus clausus</i>) Diplôme d'état de docteur en chirurgie-dentaire (<i>numerus clausus</i>) Diplôme d'état de docteur en pharmacie (<i>numerus clausus</i>) | Baccalauréat Baccalauréat Baccalauréat | 9 à 11 ans 6 à 9 ans 4 à 6 ans | UFR de médecine, université UFR d'odontologie, université UFR de pharmacie, faculté de pharmacie |
| <u>Niveau II</u> Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale (CAFDES) Diplôme supérieur en travail social (DSTS) Diplôme d'état de sage-femme (<i>quota</i>) | Selon l'expérience et le diplôme Selon l'expérience et le diplôme Baccalauréat | 3 ans 3 ans 4 ans | Centres agréés de formation (IRTS, ITS...) Centres agréés de formation Ecole de sages femmes |
| <u>Niveau III</u> Diplôme d'état d'assistant de service social (DEASS) Diplôme de conseiller en économie sociale et familiale (DCESF) Diplôme d'état d'éducateur spécialisé (DEES) Certificat d'aptitude aux fonctions d'éducateur technique spécialisé (CAFETS) Diplôme d'état d'éducateur de jeunes enfants (DEEJE) Diplôme d'état relatif aux fonctions d'animation (DEFA) Diplôme d'état infirmier (<i>quota</i>) | Baccalauréat Bac + BTS en économie sociale et familiale Baccalauréat Bac de technicien ou CAP-BEP avec 5 ans d'exp. prof. Bac Aucun diplôme exigé à l'entrée, mais 3 ans d'act. prof. Baccalauréat | 3 ans 1 an 3 ans 3 ans 2 ans 3 ans 3 ans | Centres agréés de formation Centres agréés de formation Instituts de formation en soins |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Diplôme d'état d'infirmier anesthésiste Diplôme d'état d'infirmier de bloc opératoire Diplôme d'état de puéricultrice Diplôme d'état ergothérapeute Diplôme d'état manipulateur électroradiologie (<i>quota</i>) | D.E. infirmier D.E. infirmier + 2 ans exp. pro. D.E. infirmier + 2 ans exp. pro. Bac ou exp. pro. de 5 ans Bas ou exp. pro. de 5 ans | 24 mois 18 mois 12 mois 3 ans 3 ans | infirmiers (IFSI) Ecoles d'infirmier anesthésiste Ecoles Ecole de puériculture Instituts de formation agréés Instituts de formation de manipulateur |
| Diplôme d'état masseur kinésithérapeute (<i>numerus clausus</i>) Diplôme d'état pédicure podologue Diplôme d'état psychomotricien (<i>quota</i>) Certificat de capacité d'orthophoniste (<i>quota</i>) Certificat de capacité d'orthoptiste (<i>quota</i>) Brevet de technicien supérieur d'opticien lunetier Diplôme d'état d'audioprothésiste Brevet de technicien supérieur diététique | Bac ou exp. pro. de 3 ans Bac ou exp. pro. de 5 ans Baccalauréat Baccalauréat Baccalauréat Baccalauréat Baccalauréat | 3 ans 3 ans 3 ans 4 ans 3 ans 2 ans 3 ans 2 ans | d'électro-radiologie Instituts de formation agréés Instituts de formation de pédicure podologue, autres Instituts de formation en psychomotricité, autres Faculté de médecine Ecoles d'orthoptie Etablissements spécialisés Ecoles d'audioprothésiste Instituts universitaire de technologie, lycées |
| <u>Niveau IV</u> Certificat d'aptitude aux fonctions de moniteur éducateur (CAFME) Diplôme de technicien de l'intervention sociale et familiale (DTISF) | aucun diplôme exigé aucun diplôme exigé | 3 ans 8 mois | Centres agréés de formation Centres agréés de formation |
| <u>Niveau V</u> Certificat d'aptitude aux fonctions d'aides médico-psychologique (CAFAMP) Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD) Diplôme professionnel d'aide soignant Diplôme professionnel de puériculteur | Aucun diplôme exigé BEP, CAP, BEPA BEPC, BEP, BEPA ou exp. pro. de 3 ans BEPC, CAP ou exp. pro. de 3 ans | 2 ans 400 heures 1 an 1 an | Centres agréés de formation Centres agréés de formation Centres hospitaliers, IFSI, autres Ecoles d'auxiliaires puéricultrice, de puéricultrices et autres |

Niveaux de formations des travailleurs sociaux du secteur non-lucratif

| | I et II | III | IV | V | VI |
|--------------------------------------|----------------|------------|-----------|----------|-----------|
| Enfance et adolescence handicapées | 10 | 30 | 9 | 18 | 33 |
| Adultes handicapés | 8 | 19 | 10 | 31 | 32 |
| Personnes âgées | 3 | 9 | 3 | 33 | 52 |
| Enfance et adolescence en difficulté | 9 | 43 | 10 | 14 | 24 |
| Adultes et familles en difficulté | 8 | 30 | 8 | 14 | 40 |
| Garde d'enfant en âge préscolaire | 2 | 17 | 3 | 35 | 43 |
| Formation du personnel social | 21 | 27 | 8 | 9 | 35 |
| Total | 7 | 26 | 8 | 22 | 35 |

Source : Enquête CEP 2001.

Annexe 8 : Exemples de formations (assistante de service social, infirmière, aide-soignante)

FORMATION ASSISTANTE DE SERVICE SOCIAL

Nombre d'écoles

7

Les 7 écoles gérées par la Croix-Rouge Française correspondent à 14 % de l'ensemble des écoles existant dans ce secteur en France.

Statut

Ces 7 écoles sont des établissements privés agréés par le ministère de l'action sociale. Elles sont habilitées pour percevoir la taxe d'apprentissage catégorie cadre moyen et une en cadre moyen et ouvrier qualifié.

Références des textes législatifs de cette formation

Arrêtés du 16 mai 1980, du 7 mars 1986, du 11 septembre 1995

Les assistants de service social diplômés d'état peuvent exercer dans toute structure existant en France. L'exercice dans un autre pays européen est soumis à examen d'un dossier explicitant la formation suivie et indiquant les compléments de formation et/ou de stages à réaliser pour exercer dans le pays d'accueil.

Admission à la formation

- après baccalauréat ou titres équivalents + examen admission
- conditions particulières pour les non-bacheliers

Durée de la formation : 3 ans dont 14 mois de stage

Frais annuels pays par le candidat

- droit inscription de 228 € à 257 €
- contribution forfaitaire moyenne de 147 € à 395 €

Possibilités d'aides financières

Bourses Etat - promotion sociale et professionnelle - dispositifs sociaux

Effectifs à la rentrée 2001

887 étudiants

| | |
|------------------------|-----|
| 1 ^{ère} année | 292 |
| 2 ^{ème} année | 299 |
| 3 ^{ème} année | 286 |

Depuis la mise en place du schéma national de la formation au travail social qui se décline peu à peu en schémas régionaux, les quotas fixés par le ministère ont tendance à progresser chaque année. De façon variable, les 7 écoles ont augmenté leurs capacités d'accueil.

Pour 3 d'entre-elles, cela a conduit à des opérations de regroupements de filières : avec des Instituts de formation en soins infirmiers CRF ou par fusion d'écoles antérieurement gérées par d'autres opérateurs en formation au travail.

Formateurs internes CRF

Cadres pédagogiques : c'est à dire des assistants de service social diplômés d'état ayant 7 ans d'expérience professionnelle diversifiée et titulaires d'un Diplôme supérieur en travail social (DSTS) ou d'un titre universitaire homologué (liste établie par la Direction de l'action sociale). En outre, ils doivent obtenir un agrément de la DRASS pour les Unités de formation dont ils sont en charge dans l'école.

Externes à la CRF et vacataires

Professionnels du secteurs, sociologues, juristes, directeurs d'établissement, universitaires, associations...

Effectif pédagogique pour l'année 2001¹¹⁸

Encadrement permanent

C. pédagogiques 43 pour 37,97 ETP
soit 1 cadre pédagogique pour 20,86 étudiants

Intervenants vacataires

| | |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| 405 salariés | pour 9 597 H /an (4,73 ETP) |
| 237 intervenants à titre gracieux | pour 2 239 H/an (1,10 ETP) |

Résultats au diplôme d'Etat année 2001

| | |
|--|----------------|
| Taux de réussite moyen | 93,36 % |
| La moyenne nationale étant de : ¹¹⁹ | |

Eléments financiers (en euros)¹

| | | |
|---|------------------|------------------|
| Subventions (toutes provenances) | 3 469 991 | 77,53 % |
| Taxe d'apprentissage | 161 904 | 3,61 % |
| Participation étudiants | 475 218 | 10,62 % |
| Autres ressources (dont formation continue) | 368 858 | 8,24 % |
| TOTAL | 4 475 971 | 100,00 %0 |

On constate une augmentation des effectifs qui résulte davantage d'une moindre déperdition des élèves entre la première et la deuxième année de formation que de l'augmentation générale des quotas d'admission. Ceci se confirme d'ailleurs par l'amélioration du taux de réussite au diplôme d'état qui passe de 90 à 93 %.

La situation générale présente peu de changements avec l'année précédente.

La réforme du programme des études avance lentement, les écoles poursuivent par ailleurs le développement de formations professionnelles thématiques intégrant chaque fois que possible une approche croisée sanitaire et sociale des questions traitées.

¹¹⁸ Statistiques portant sur 6 écoles.

¹¹⁹ Non publiée à ce jour.

| |
|-----------------------------|
| FORMATION INFIRMIÈRE |
|-----------------------------|

Nombre d'IFSI**33**

Les 33 Instituts de formation en soins infirmiers gérés par la CRF correspondent à 10 % de l'ensemble des Instituts de formation en soins infirmiers existant en France et à 50 % des Instituts de formation en soins infirmiers du secteur privé.

Tous sont habilités à percevoir la taxe d'apprentissage en catégorie cadre moyen ou cadre moyen et ouvrier.

Statut

Les 33 Instituts de formation en soins infirmiers gérés par la CRF (association loi 1901) sont des établissements privés agréés par le ministère de la Santé et fonctionnant sur plusieurs modes :

- avec le support d'un établissement de santé géré par la CRF
- avec le support d'un établissement de santé public via des conventions de partenariat
- sans support hospitalier (pour 28 d'entre eux)

Le lien ou non avec un établissement de santé conditionne le mode de financement :

- fonds de l'assurance maladie via le budget global de l'établissement de santé support
- subvention de l'état en fonction de l'effectif d'étudiants accueillis et dont le nombre est défini chaque année par le ministère de la Santé

Dans les deux cas, il s'agit du financement du fonctionnement

Références des textes législatifs de cette formation

- Arrêté du 23 mars 1992 modifié par les arrêtés de 6 septembre 2001 et du 22 mars 2002
- Le diplôme d'état obtenu au terme de cette formation donne le droit d'exercer dans les pays de la communauté européenne (Accords européens de 1967)
- Décret actes professionnels des infirmiers du 15 mars 1993

Admission à la formation : baccalauréat ou VAP + sélection (concours)

Durée de la formation : 37 mois ½ dont la moitié est réalisée en stage en établissements de santé et/ou tout lieu d'exercice des infirmiers

Frais annuels payés par le candidat : Droit d'inscription (ministère) 133,24 €
Contribution forfaitaire (CRF) de 307 € à 1 067 €

Possibilités d'aides financières : Bourses état/région, promotion professionnelle
Contrat d'apprentissage sous conditions

Effectifs à la rentrée 2001**7 474 étudiants**

Les quotas d'admission ayant été fortement augmentés depuis 3 ans, c'est plus de 2 000 infirmiers qui **sortent diplômés des écoles de la CRF chaque année** et sont accueillis à peu près à **part égale par les établissements de santé publics et privés.**

| | | |
|---|------------------------|--------------------|
| <u>Formateurs internes CRF</u> | | |
| Cadres pédagogiques c'est à dire des infirmiers titulaires du Diplôme d'Etat et du Certificat cadre de santé obtenu après 3 ans d'expérience professionnelle et un an de formation en Institut de cadres de santé. | | |
| <u>Effectifs pédagogiques pour l'année 2001</u> ¹²⁰ | | |
| Encadrement permanent | | 307,71 € |
| soit 1 cadre pour 22,02 étudiants | | |
| <u>Externes à la CRF et vacataires</u> | | |
| Professionnels du secteur, médecins, directeurs des soins, directeurs d'établissement de santé, psychologues, sociologues, travailleurs sociaux, juristes, universitaires. | | |
| <u>Intervenants vacataires</u> | | |
| Salariés | 2 361 pour 20 666 H/an | (10,19 ETP) |
| Intervenants à titre gracieux | 1 608 pour 6 335 H/an | (3,12 ETP) |

| | | |
|--|--|----------------|
| <u>Résultats au diplôme d'Etat</u> ¹²¹ | | |
| Taux de réussite moyen | | 95,06 % |
| Pour un taux moyen en France de : ¹²² | | |

| | | |
|--|------------|----------|
| <u>Éléments financiers</u> (en euros) | | |
| Subvention (toutes provenances) | 18 208 493 | 67,89 % |
| Dotation globale | 350 671 | 1,31 % |
| Taxe d'apprentissage | 1 257 136 | 4,69 % |
| Autres ressources (dont formation continue) | 1 150 752 | 4,29 % |
| Participation étudiants | 5 854 205 | 21,82 % |
| TOTAL | 26 821 257 | 100,00 % |

¹²⁰ Statistiques portant sur 29 IFSI.

¹²¹ Statistiques portant sur 29 IFSI.

¹²² Non publié à ce jour.

Cette année a vu se poursuivre l'augmentation des quotas et dans ce cadre là, un projet d'ouverture d'Institut de formation en soins infirmiers à Quétigny (Dijon) a été mis en oeuvre. Cet Institut de formation en soins infirmiers doit se développer à partir de l'école d'auxiliaire de puériculture déjà existante. Bien que réalisée à la demande de la DRASS, l'ouverture de cet Institut de formation en soins infirmiers a besoin du soutien fort des établissements de santé privés qui ont là l'occasion de mettre en pratique le tout nouvel accord de partenariat entre la Croix-Rouge Française et la Générale de santé. Basé sur une reconnaissance mutuelle des compétences et moyens, cet accord vise à augmenter l'offre de stages et les ressources pour les écoles, améliorer l'accueil en stage et peser positivement sur les recrutements ultérieurs pour les établissements de santé.

D'autres conséquences ont été notées, en particulier des dysfonctionnements résultant de l'insuffisance de locaux pour accueillir les étudiants et de financement pour recruter les personnels supplémentaires nécessaires. On note par ailleurs que pour les Instituts de formation en soins infirmiers concernés, l'augmentation de la subvention de fonctionnement découle de l'augmentation du nombre d'élèves, la base de calcul restant inchangée aux alentours de 3 020 €par étudiant.

Les variations importantes d'effectifs dans certains instituts ont pesé également sur les méthodes pédagogiques qui doivent s'adapter et tenir compte du nombre mais aussi des caractéristiques de la population étudiante, plus jeune et aspirant à d'autres types d'encadrement. Ceci n'est pas sans poser de difficultés à certaines équipes vieillissantes ou à d'autres encore insuffisamment expérimentées.

La population des étudiants admis évolue : plus jeune (plus de 30 % ont moins de 20 ans), plus homogène par la prédominance de titulaires du bas SMS sensé préparer à cette filière de formation, elle comporte aussi moins de candidats ayant réalisé une ou deux années de formation en faculté. On note également une diminution des candidats à cette formation et une augmentation des échecs au terme de la première année.

Dans cette période de contraste où les instituts cherchent des étudiants, les employeurs des infirmiers et tous des moyens financiers supplémentaires, les équipes pédagogiques ont des défis importants à relever d'autant que se profilent également le transfert aux régions et le développement de la formation en lien avec les autres professions de santé et les universités. Une démarche doit aussi être engagée vis à vis des élèves des collèges et des conseillers d'orientation pour présenter ce métier d'une manière plus incitative suffisamment tôt pour que les personnes intéressées fassent un choix plus éclairé.

| Résultats au diplôme professionnel d'aide soignante ¹²⁴ | |
|---|----------------|
| Taux de réussite moyen | 97,63 % |
| La moyenne nationale étant de : ¹²⁵ | |

| Eléments financiers (en euros) ¹ | | |
|--|------------------|---------------|
| Subventions (toutes provenances) | 241 575 | 7,02 % |
| Taxe d'apprentissage | 100 148 | 2,91 % |
| Autres ressources (dont formation continue) | 433 466 | 12,59 % |
| Participation élèves | 2 667 437 | 77,48 % |
| TOTAL | 3 442 626 | 100,00 |

Cette formation est en progression constante : augmentation régulière des effectifs, amélioration du taux de réussite au diplôme (97,78 %) du taux d'encadrement et de la qualification du personnel permanent. Il faut noter que la majorité des écoles bénéficie du support d'un Institut de formation en soins infirmiers ce qui améliore les ressources communes notamment en terme de documentation et de moyens généraux. Par contre, les démarches pédagogiques communes visant à développer dès la formation la collaboration avec les infirmiers pourraient être plus systématiquement développées. A côté de la formation par l'apprentissage, l'accès futur de cette formation par la validation des acquis et de l'expérience constitue une autre voie de développement intéressante pour l'avenir.

Source : Fiches de présentation de formations sociales et de santé proposées par la Croix-Rouge Française.

¹²⁴ Statistique portant sur 25 écoles.

¹²⁵ Non publiée à ce jour.

Annexe 9 : Liste des personnalités rencontrées ou consultées¹²⁶

| | |
|-------------------------|---|
| M. De Labarthe Olivier, | directeur de la direction Recherche, études et développement, PROMOFAF |
| M. Jaeger Marcel, | directeur de l'Institut régional de travail social de Montrouge - Neuilly sur Marne |
| Mme Léculée Annie, | directrice à la Fondation jeunesse Feu vert |
| Mme Stricher Dominique, | directrice régionale Est-Nord - IDF - Bourgogne, Quick médical service |

¹²⁶ Liste par ordre alphabétique avec l'indication des fonctions exercées au moment du contact ou de l'entretien.

TABLE DES SIGLES

| | |
|---------|--|
| ADEHPA | : Association des directeurs d'établissement d'hébergement de personnes âgées |
| AFORTS | : Association française des organismes de formation et de recherche en travail social |
| ANAES | : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de santé |
| ANPE | : Agence nationale pour l'emploi |
| CADA | : Centre d'accueil des demandeurs d'asile |
| CAEGADV | : Certificat d'aptitude à l'enseignement général des aveugles et des déficients visuels |
| CAEPJS | : Certificat d'aptitude au professorat de l'enseignement aux jeunes sourds |
| CAFAMP | : Certificat d'aptitude aux fonctions d'aides médico-psychologique |
| CAFDES | : Certificat de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale |
| CAFETS | : Certificat d'aptitude aux fonctions d'éducateur technique spécialisé |
| CAFME | : Certificat d'aptitude aux fonctions de moniteur éducateur |
| CAMSP | : Centre d'action médico-sociale précoce |
| CAPEBEP | : Certificat d'aptitude professionnelle à l'enseignement des élèves à besoins éducatifs particuliers |
| CAT | : Centre d'aide par le travail |
| CCAS | : Centres communaux et intercommunaux d'action sociale |
| CCAS | : Centre communal d'action social |
| CCU | : Convention collective unique |
| CEP | : Contrat d'étude prospective |
| CHR | : Centre hospitalier régional |
| CHRS | : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale |
| CIVIS | : Contrat d'insertion dans la vie sociale |
| CLCC | : Centre de lutte contre le Cancer |
| CMPP | : Centres médico-psycho-pédagogiques |
| CPAM | : Caisse primaire d'assurance maladie |
| CPC | : Commission professionnelle consultative |
| CPH | : Centre provisoire d'hébergement |
| DCESF | : Diplôme de conseiller en économie sociale et familiale |
| DEASS | : Diplôme d'état d'assistant de service social |
| DEAVS | : Diplôme d'état d'auxiliaire de la vie sociale |
| DEEJE | : Diplôme d'état d'éducateur de jeunes enfants |
| DEES | : Diplôme d'état d'éducateur spécialisé |
| DEFA | : Diplôme d'état relatif aux fonctions d'animation |
| DHOS | : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins |

| | |
|---------|--|
| DSTS | : Diplôme supérieur en travail social |
| DTISF | : Diplôme de technicien de l'intervention sociale et familiale |
| EDDF | : Engagement de développement de la formation |
| FNADEPA | : Fédération nationale des associations des directeurs d'établissements et services pour personnes âgées |
| IFSI | : Institut de formation aux soins infirmiers |
| OMS | : Organisation mondiale de la santé |
| ONEMFPH | : Observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière |
| OPCA | : Organisme paritaire collecteur agréé |
| OQN | : Objectif quantifié national |
| PIB | : Produit intérieur brut |
| PMI | : Protection maternelle infantile |
| SAEMO | : Service d'action éducative en milieu ouvert |
| SESSAD | : Services d'éducation spéciale et de soins à domicile |
| SPH | : Service public hospitalier |
| SRAS | : Syndrome respiratoire aigu sévère |
| SROS | : Schéma régional d'organisation sanitaire |
| TISF | : Technicien d'intervention sociale et familiale |
| UNASSAD | : Union nationale des associations de soins et services à domicile |
| VAE | : Validation des acquis de l'expérience |

Au cœur des préoccupations des Français, le secteur sanitaire, social et médico-social constitue, par la richesse et la diversité de ses actions, un puissant facteur de lien social au service de la collectivité. Analysant les pénuries installées ou annoncées en terme de personnels qualifiés, mais également les besoins croissants notamment liés au vieillissement de la population, notre assemblée estime nécessaire, pour garantir la pérennité et l'adaptation du système sanitaire et social à l'évolution de ses missions, d'anticiper les besoins et de mieux gérer sur la durée le recrutement, la formation et la professionnalisation des personnels salariés du