

rapport

Les formations sanitaires et sociales en Ile-de-France : enjeux et perspectives

15 septembre 2016

Rapport présenté au nom de la commission
Santé, solidarité et affaires sociales
par **Jean-Pierre BURNIER** et **Gauthier DOT**

Sommaire

Remerciements	5
INTRODUCTION	7
PARTIE 1 : CONSTATS ET PROBLEMATIQUES GENERALES	19
I. Les formations, les écoles et les étudiants concernés	19
A – Généralités sur les parcours de formation	19
1. Poursuite de la formation initiale	19
2. Professionnalisation : reconnaissance de l'expérience ou spécialisation	20
3. Retour à l'emploi et reconversion professionnelle	21
4. Sans modèle de parcours dominant	22
B – Sites de formation, capacités et effectifs	22
1. Sites de formation	22
2. Capacités de formation	25
3. Effectifs en formation	26
C – Problématiques générales	27
1. Le nombre, la taille et le maillage des établissements	28
2. Les modalités de recrutement des étudiants	29
3. Les frais de scolarité	30
II. Focus sur certaines formations et métiers afférents	32
A – Aide-soignant	32
1. La formation	32
2. La vie professionnelle	33
B – Infirmier	34
1. La formation	34
2. La vie professionnelle	37
C – Masseur-Kinésithérapeute	41
1. La formation	41
2. La vie professionnelle	43
D - Assistant de service social, éducateur spécialisé, conseiller en économie sociale et familiale ...	45
1. La formation	45
2. La vie professionnelle	46
PARTIE 2 : COMPETENCES REGIONALES	48
I. Les dépenses de fonctionnement des instituts de formation	48
II. Les dépenses d'investissement et d'équipement	50
III. Les aides financières directes aux étudiants	52
1. Un régime différent de celui des autres étudiants de l'enseignement supérieur	52
2. Les bourses d'études régionales	53
3. Le fonds régional d'aide sociale	54
IV. La programmation de l'offre de formation	54
V. L'information sur les métiers et leur observation	56
1. L'information-orientation sur les métiers	56
2. L'observation des métiers et le diagnostic emploi/formation	57
VI. Des compétences partagées avec de nombreux acteurs	58

PARTIE 3 : RECAPITULATIF DES PROPOSITIONS.....	61
I. Le pilotage du dispositif des formations sanitaires et sociales	61
II. L'organisation territoriale de l'offre régionale de formation	61
III. La programmation de l'offre régionale de formation	62
IV. Le recrutement et les conditions de vie des étudiants	62
V. L'information sur les métiers et leur observation.....	63
CONCLUSION.....	64
Glossaire	66
ANNEXES	69
ANNEXE 1 – La démographie médicale en Ile-de-France	71
ANNEXE 2 – Groupements hospitaliers de territoires.....	723
ANNEXE 3 – Formations sanitaires et sociales, diplômes d'Etat	76
ANNEXE 4 – Propositions de scénarii d'évolution des IFSI publics	77
ANNEXE 5 – La démographie des infirmier(e)s libérales(aux)	82
ANNEXE 6 – La démographie des masseurs-kinésithérapeutes libéraux	83
ANNEXE 7 – Grille de prise en charge financière des études	84

Remerciements

- Farida ADLANI, vice-présidente du Conseil régional, chargée de l'action sociale, de la santé et de la famille ;
- Docteur Nathalie SENECAL, directrice, Observatoire régional de santé (ORS) ;
- Catherine BOILLOT, directrice du département démographie, habitat, équipement et gestion locale, Institut d'aménagement d'urbanisme (IAU) ;
- Monique REYNOT, responsable du pôle ressources humaines en santé, Agence régionale de santé (ARS) ;
- Christian POIMBOEUF, directeur des ressources humaines, APHP ;
- Odon MARTIN-MARTINIÈRE, direction des ressources humaines, APHP ;
- Daniel MICHON, directeur des soins, école nationale de kinésithérapie et de rééducation, hôpitaux de St Maurice ;
- Dominique PELCA, président du conseil interrégional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ;
- Pascal FLORENTIN, directeur régional jeunesse, sport et cohésion sociale ;
- Catherine TOURTIER, responsable du pôle formation, direction régionale jeunesse, sport et cohésion sociale ;
- Béatrice PARDINI, responsable « Défi métiers » ;
- Odile DECKER, directrice de l'IFSI de Nanterre ;
- Lisa CANN, présidente de la fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (FNESI) ;
- Annabelle MAIRESSE, présidente de la fédération nationale des étudiants en kinésithérapie (FNEK) ;
- Zoé CHALOIN, présidente de l'Association générale des étudiants de Paris (AGEP) ;
- Alexandre LEROY, président de la Fédération des associations générales étudiantes (FAGE) ;
- Manuel PELISSIER, directeur de l'IRTS Parmentier ;
- Laure LECHATELLIER, membre du CESE ;
- Séverine MIGNON, directrice du développement social, santé et démocratie régionale, unité Lycées, Conseil régional d'Ile-de-France ;
- Bruno JOUVENCE, président de la commission Education, formation, enseignement et recherche, du Ceser Ile-de-France ;

- Serge MAS, président de la commission Emploi et développement économique, du Ceser ;
- Jean-Paul LAFITTE, président de la Section prospective et planification, du Ceser ;
- Nicole SERGENT, vice-présidente de la commission Education, formation, enseignement et recherche du Ceser.

Introduction

Il convient tout d'abord de situer le sujet dans le contexte d'aujourd'hui, **de relever les problématiques du domaine, de déterminer les enjeux dans le champ régional de la santé publique.**

L'Ile-de-France est une région **plus riche et plus jeune que les autres régions françaises** où les **indicateurs de santé sont aussi globalement meilleurs**. C'est ainsi que l'espérance de vie est supérieure à celle constatée sur l'ensemble du territoire métropolitain.

Mais ce constat relativement favorable doit cependant être pondéré par le fait que la région est aussi et depuis des dizaines d'années **une région fortement inégalitaire**.

En effet, le diagnostic de santé régional met en évidence des déterminants sociaux économiques et environnementaux ayant un fort impact négatif sur la santé des populations.

Cet impact objectivé par l'indicateur de développement humain (IDH2)¹ confirme l'existence de fortes disparités entre les communes les plus fragiles se situant en Seine-Saint-Denis, dans l'Est du Val-d'Oise, dans le Sud du Val-de-Marne, en Seine-et-Marne et le reste de la région.

Il altère le niveau de performance sanitaire de l'Ile-de-France. Dès la naissance, le taux régional de mortalité prénatale et infantile est supérieur à la moyenne nationale (ce taux continue de s'aggraver en 2013 et 2014). Chez l'enfant et l'adolescent sont retrouvés des coefficients élevés de surpoids (prédictifs de maladies cardio-vasculaires, d'obésité ou de caries non soignées) et des comportements sexuels à risques augmentant d'autant les risques infectieux (VIH) et les grossesses non prévues.

Ces inégalités sont aussi prégnantes chez l'adulte, avec la présence au cœur même de la ville de Paris, et surtout en couronne, de populations frappées de difficultés spécifiques : précarité des ressources économiques et des conditions de travail, temps de transport longs, habitat ancien dégradé, exposition au bruit et à la pollution, vulnérabilité liée à l'immigration ou à la discrimination.

En conséquence et par exemple on vit en moyenne deux à trois ans de plus dans les Hauts-de-Seine ou en Yvelines que dans le reste de la région.

La surmortalité par cancers, tous confondus, est évidente en Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Seine-et-Marne etc... par rapport aux autres départements franciliens.

A ces problématiques sociales s'ajoutent les effets de **la transition épidémiologique** qui se caractérise par une **prévalence toujours plus importante des maladies chroniques avec une régression importante des maladies infectieuses** sous l'effet des progrès techniques et thérapeutiques.

¹ L'indice IDH2 vise à cerner les inégalités territoriales relatives à la santé, à l'éducation et au revenu des communes franciliennes et arrondissements parisiens. Il est construit à partir des indices d'espérance de vie de population diplômée et du revenu des ménages.

Le Schéma régional d'organisation des soins (SROS) pris par l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARS Ile-de-France) pour 2011 / 2016 estime qu'en Ile-de-France 2,5 millions de personnes, soit près de 21 % de la population, sont atteintes de maladies chroniques, certaines pouvant souffrir de plusieurs pathologies à la fois. Selon la définition établie par le Haut conseil de la santé publique (HCSP), une maladie chronique est « une maladie de longue durée, évolutive, souvent associée à une invalidité et à la menace de complications graves ».

Les maladies chroniques comprennent notamment :

- des pathologies comme les maladies cardio-vasculaires, l'insuffisance rénale chronique, le cancer, le diabète, l'asthme ou des maladies lourdement handicapantes comme la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson ;
- des maladies transmissibles persistantes comme le VIH ou les hépatites ;
- des troubles mentaux de longue durée (dépression, schizophrénie ...).

On estime à plus de 4 % la progression annuelle des patients déclarés en ALD (affection de longue durée) en raison du caractère chronique de leur maladie.

D'autres déterminants sont à prendre en compte, notamment l'impact croissant du **vieillissement de la population francilienne** dont celle des plus de 85 ans, ayant pour conséquence, l'augmentation des situations de dépendance physique et psychique. Celles-ci représentent un défi médical, social, financier et organisationnel majeur à prendre en compte dans les politiques régionales et nationales de santé publique

Tout en gardant sa place de région la plus jeune de France, l'Ile-de-France voit et verra dans les prochaines années sa population vieillissante s'accroître de manière importante : entre 2010 et 2020, la population âgée de 60 ans passera de 2 120 000 à 2 525 000, celle de 75 ans de 764 000 à 870 000 et celle de 85 ans et plus de 222 000 à 313 000, avec une progression, durant cette même période, de plus de 30 000 des personnes âgées dépendantes.

Une autre caractéristique, valant y compris pour les personnes âgées dépendantes, doit être prise en compte : celle du souhait de ces personnes de rester le plus longtemps possible à domicile.

Ce choix majoritaire du maintien à domicile n'est pas sans conséquence sur les organisations de prise en charge par le secteur médico-social et sur les métiers qui en dépendent.

Ce contexte général va significativement impacter le système de santé régional.

Non seulement toutes les sources (ORS, Assurance maladie, registres franciliens établis par pathologie) concordent pour constater et prévoir une hausse continue des besoins avec, par exemple, sur la période 2007-2013, une croissance de plus de 3,5 % des séjours dans les hôpitaux publics et privés mais aussi une hausse plus soutenue des prises en charge, en consultations, en actes externes.

De plus, le rapport Sécurité sociale 2014 de la Cour des comptes observe une fréquentation en hausse forte et continue des urgences hospitalières en Ile-de-France (en raison de nouveaux comportements de la population). Le taux de recours constaté est de 260 passages annuels pour 1000 habitants (soit environ 3 millions de passages).

Toutes ces évolutions nécessitent des prises en charge différentes, durables, plus complexes que lorsqu'il s'agissait de répondre à un simple besoin de soins ponctuels.

Elles impliquent **de nouvelles organisations assurant un continuum de services**, des pratiques de soins inscrites dans la durée, structurées dans la transversalité des parcours avec des modes d'exercice alternatifs à ceux des institutions traditionnelles de prise en charge.

C'est ainsi que, depuis les années 2000, on constate :

- des durées d'hospitalisation de plus en plus courtes (avec, par exemple, l'objectif ministériel de réaliser 60 % des actes de chirurgie en hospitalisation de jour) ;
- des prises en charge dès la sortie de l'hôpital ou de la clinique par des prestataires de ville offreurs libéraux divers, dans des lieux et des temps distincts ;
- un alourdissement global des soins (vieillesse et chronicité) avec intrications des situations cliniques et des problèmes sociaux ;
- des bénéficiaires diversifiés (patients, entourage, aidants...).

La révision ciblée, en mars 2015, des volets ambulatoires et hospitaliers du Schéma régional d'organisation des soins - Projet régional de santé (SROS-PRS) d'Ile-de-France confirme la tendance, avec le projet de création, avant fin 2017, de 2000 places supplémentaires d'hospitalisation à domicile et l'augmentation importante des capacités d'hospitalisation de jour en soins de suite et de réadaptation.

Pour répondre à ces enjeux, les cursus de formation des professionnels de santé devront être adaptés. **Ces évolutions et les transformations qu'elles impliquent auront un impact sur les pratiques de soin, les métiers, l'implantation des professionnels dans les territoires...**

La compréhension des enjeux du système de santé régional oblige également à prendre un compte le **contexte économique** dans lequel il se trouve.

Alors qu'il doit faire face à de nouveaux défis, ce système subit et doit anticiper les contraintes financières de plus en plus fortes que le contexte économique national lui impose.

Le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale se traduit, au niveau national, par une baisse forte et continue du niveau d'évolution de l'Objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM).

En 10 ans (2002-2012), la hausse annuelle des ressources affectées au soin est passée de + 6 % à + 3 %.

Pour les années à venir, le plan triennal ONDAM 2015-2017, décidé par le Parlement, vise à une maîtrise accrue de 10 milliards d'euros (dont 3 milliards pour l'Ile-de-France) sur les postes soins de ville, établissements de santé, établissements et services médicaux sociaux, avec un taux de l'ONDAM fixé à + 1,75 % en 2016 et en 2017.

Ces contraintes, dans les établissements publics et privés, pèsent fortement sur les ressources humaines, et posent la question de l'adaptation à court et moyen terme de la force de travail. Elles pèsent aussi sur les capacités d'investissement des établissements et conduiront inévitablement à de nouvelles et difficiles opérations de réorganisation et de restructuration.

A toutes ces problématiques, s'ajoute celle de la **démographie francilienne des professions de santé**.

En effet, les professionnels sont la ressource première du système de santé. Leur nombre, leur répartition, leurs compétences conditionnent la qualité, la sécurité et l'accessibilité au dispositif.

La densité médicale francilienne se situe dans la fourchette haute de la moyenne nationale.

Bien que ce ne soit pas le sujet de ce rapport, il est utile de rappeler, pour une bonne perception des enjeux, quelques constats :

- en 2015, la Région Ile-de-France comptait près de 42 000 médecins (dont 15 900 généralistes) ;
- l'effectif médical de l'Ile-de-France est vieillissant – plus de 40 % des médecins partiront en retraite à l'horizon 2022 ;
- en 2017, les effectifs de médecins franciliens auront diminué de 9 % (- 13 % chez les médecins spécialistes et - 4 % chez les généralistes²) ;
- de nombreuses vacances de postes, en petite couronne notamment, traduisent déjà le début de situations critiques. Des cas de médecins à « patientèle importante » qui dévissent « leur plaque » et laissent vacant leur cabinet, faute de remplaçant, sont aujourd'hui fréquents ; la ville de Paris, en quelques années, enregistre une baisse de 8,2 % des effectifs³.

Par ailleurs, la répartition de la ressource médicale se caractérise par des disparités de plus en plus fortes entre territoires.

L'actualisation du zonage du SROS ambulatoire, arrêté par l'ARS Ile-de-France début 2015, qui porte sur la définition des territoires franciliens fragiles ou déficitaires, sous l'angle de l'accessibilité des populations à la médecine de premier recours, fait apparaître que ces territoires représentent désormais 30 % de la population de notre région contre 13 % en 2012.

La baisse globale de la démographie médicale risque donc, principalement, d'affecter, dans un avenir proche, des secteurs géographiques déjà déficitaires en raison de leur faible attractivité (cf. annexe 1 du rapport).

Cette pénurie prévisible ne sera pas sans conséquence sur l'implantation et la répartition géographique des professions sanitaires et sociales.

Selon une étude de Défi métiers de d'octobre 2011, le secteur paramédical en Ile-de-France est un vivier d'emplois, en croissance soutenue puisqu'il concernait, en 2011, 422 000 actifs.

On distingue trois grandes familles de métiers paramédicaux :

- les métiers du soin (infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, préparateurs en pharmacie...)
- les métiers de la rééducation (masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes...)
- les métiers de l'appareillage et de l'assistance medicotechnique (manipulateurs en électroradiologie médicale, opticiens, audioprothésistes, ambulanciers).

² Schéma d'organisation des soins – ARS Ile-de-France, volet hospitalier 2012.

³ Atlas de la démographie médicale, situation au 1^{er} janvier 2015 – Conseil national de l'ordre des médecins.

Ils concernent des emplois stables, utiles socialement, « non délocalisables », répartis géographiquement sur tout l'espace régional et relevant souvent de niveau de formation élevé.

La densité des professionnels paramédicaux est supérieure en Ile-de-France à ce qu'elle est en moyenne au plan national.

La profession d'infirmière (en 2014, on recense 98 500 infirmiers en Ile-de-France)⁴ est celle qui concentre toutes les difficultés des professions paramédicales.

Le SROS Ile-de-France de 2013 établissait qu'avec une densité de 763 infirmières pour 100 000 habitants, la région Ile-de-France était très en-dessous de la moyenne nationale (850) et bien inférieure à celle des pays de l'OCDE.

Pour simplement rattraper la moyenne nationale, **il faudrait 14 000 infirmières supplémentaires** (estimation ARS Ile-de-France – SROS 2014). De plus, c'est pour l'exercice libéral que l'écart à la moyenne nationale est le plus important : 66 contre 131/100 000 habitants, **soit, dans ce secteur, un déficit de 7 600 par rapport à la moyenne nationale**. La densité des infirmiers libéraux en Ile-de-France est donc la plus faible des régions de France métropolitaine.

Depuis des années, et notamment depuis la mise en œuvre du premier Schéma des formations sanitaires et sociales 2007-2013, la Région s'efforce de promouvoir les formations d'infirmier(e)s d'Etat (IDE).

De très nombreux recrutements ont été opérés ces dernières années mais il n'empêche que le déficit persiste avec, en outre, le constat, répété année après année, que les quotas d'élèves en formation autorisés pour les IFSI d'Ile-de-France (Instituts de formation en soins infirmiers) ne sont pas atteints (quotas annuels de 6 500 places pour 5 000 à 5 500 élèves).

S'ajoutent à tous ces problèmes l'impact des taux de fuite importants vers la province mais aussi celui du raccourcissement des durées d'exercice professionnel et d'abandon du métier.

Malgré l'importance des quotas de formation et un effort financier de la Région (montant des bourses, augmentation du nombre de places, ...) pour la formation des infirmier(e)s, **la durée moyenne d'exercice professionnel reste faible, particulièrement dans le secteur public où, selon une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) de novembre 2010, 40 % des salariés ont cessé leur activité avant 56 ans.**

Dans ces conditions, il n'est pas surprenant que l'ARS Ile-de-France fasse le constat que, depuis les années 2010, même si la situation semble s'être améliorée dans les hôpitaux et cliniques, elle se soit aggravée au plan général et que la densité francilienne, qui était inférieure de 10 % à la moyenne nationale, se situe, en 2013, à 13 % en-dessous.

Par ailleurs, d'autres professions présentent des indicateurs défavorables en terme de densité et / ou d'âge moyen : **les métiers de la rééducation.**

⁴ Source : RPPS (Répertoire partagé des professionnels de santé).

Au 1^{er} janvier 2013, plus de 27 000 professionnels de la rééducation sont recensés en Ile-de-France⁵ (diététiciens, ergothérapeutes, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, psychomotriciens, pédicures, podologues ...). Ces effectifs sont en constante augmentation depuis 2003 mais tous ces métiers n'ont pas évolué à la même vitesse. Si les masseurs kinésithérapeutes représentent près de 13 000 professionnels en activité, soit près de la moitié de l'effectif, la densité régionale de cette catégorie se situe en-dessous de la moyenne nationale (densité Ile-de-France : 112, versus densité de la France : 119). Ces métiers sont fortement féminisés et en moyenne plus âgés que dans les autres régions.

Face à la transformation de la demande de soin (brièveté de l'hospitalisation, demande de prise en charge à domicile), aux évolutions technologiques et médicales (de moins en moins invasives), aux conséquences du vieillissement et de la perte d'autonomie, de fortes tensions sont à prévoir sur le marché du travail avec, d'ores et déjà, une réelle pénurie de professionnels de la rééducation constatée dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux franciliens.

D'autres problématiques sont observées pour les professions sociales. Elles emploient (secteurs sanitaire et médico-social confondus) près de 320 000 personnes⁶.

Professionnels de l'écoute, de l'aide et du conseil, ils interviennent auprès des publics de plus en plus nombreux en difficulté passagère (chômage, grande précarité, maladie...) ou permanente (handicap, perte d'autonomie liée au grand âge).

Le rapport s'intéressera spécialement aux professionnels de l'aide sociale et, plus particulièrement, **aux assistants du service social**.

Tous statuts confondus, ils représentent, en Ile-de-France, un effectif de 11 500 agents, soit une densité de 98 pour 100 000 habitants, supérieure à la moyenne de celle des autres régions.

Mais cette réalité masque de profondes inégalités infra-régionales et confirme surtout le fossé qui se creuse entre l'offre de service social et les besoins croissants de couches de populations de plus en plus fragilisées par la crise sociale et économique.

Il convient d'évoquer, enfin, les problématiques de trois autres types de professions : **les aides-soignants, les aides médico-psychologiques et les auxiliaires de vie**. Ils représentent⁷ plus de 66 000 emplois (dont 50 000 aides-soignants) avec, au cours des cinq dernières années, une croissance des effectifs de + 5 à + 10 % par an.

Là encore, les chiffres semblent, en apparence, rassurants mais on observe, depuis quelques années, des difficultés de recrutement de l'aide à domicile et de l'hébergement des personnes âgées dépendantes, qui peinent à attirer les jeunes professionnels.

C'est précisément dans le secteur de la prise en charge à domicile (politique du virage ambulatoire, de l'hôpital vers la ville) que les prévisions s'accordent sur une forte croissance des

⁵ Les diplômes d'Etat de la rééducation en Ile-de-France : de nouveaux enjeux emploi-formation – Défi métiers Décembre 2014.

⁶ Les métiers du social – Défi métiers – mis à jour en juin 2014.

⁷ Etude – Défi métiers – de janvier 2014.

besoins en emploi. C'est un autre défi de taille pour le système de santé régionale et son appareil de formation.

Enfin, les densités franciliennes en professionnels paramédicaux et sociaux recouvrent une grande hétérogénéité de situations selon les départements avec une forte concentration des professionnels sur Paris, les Hauts-de-Seine, les Yvelines, le Val-de-Marne et, a contrario, des départements nettement moins dotés comme le Val d'Oise, la Seine-et-Marne et surtout la Seine-Saint-Denis.

Au sein même de ces départements, les diagnostics récemment établis sous l'égide de l'ARS Ile-de-France, lors de la préparation des Contrats locaux de santé, ont conduit, dans de nombreuses communes du Nord et de l'Est parisien, à des constats très alarmants.

A ce constat, de nature quantitative, s'ajoute celui de l'enjeu social du mal-être de toutes ces professions, lié à la transformation du mode de relation soignant/soigné, à la judiciarisation croissante de l'exercice professionnel, au défaut de reconnaissance, au manque de perspectives de carrière.

S'ajoutent également les contraintes spécifiques de la vie quotidienne en Ile-de-France : loyers élevés du coût de l'installation d'un cabinet avec un prix de l'immobilier qui impacte les choix de carrière, éloignement domicile/travail, temps de transport, l'insécurité de travailler dans certains des espaces urbains.

Pour résumer :

- toutes professions confondues, les métiers sanitaires et sociaux, regroupent aujourd'hui près de 500 000 personnes, représentant plus de 7 % de l'emploi régional et constituant, pour les 10 ans à venir, un incontestable vivier de création d'emplois publics et privés ;
- si le premier Schéma des formations sanitaires et sociales établi pour les années 2007-2013 a bien permis à la Région Ile-de-France d'intégrer, de développer, de structurer l'offre existante (historiquement très diversifiée), le second Schéma, en cours de préparation, devra permettre de répondre à de tous nouveaux enjeux.
- les problématiques :
 - du vieillissement de la population ;
 - du développement continu des maladies chroniques et dégénératives ;
 - de la chute de la démographie médicale ;
 - du virage ambulatoire ;
 - des fortes inégalités intra-régionales dans la répartition de l'offre ;
 - des contraintes économiques et financières liées à la dégradation des comptes sociaux de la Nation ;

vont impacter et transformer significativement l'offre de soins.

Ces évolutions transformeront aussi les métiers et donc l'appareil de formation qui les y prépare.

La loi de décentralisation du 13 août 2004 a substantiellement étendu le rôle des Régions dans les domaines du développement économique et de la formation.

Elle leur a transféré, en particulier, des compétences importantes en matière d'organisation et de financement des formations sanitaires et sociales.

Depuis cette date, la Région a la charge :

- de la gestion et du financement des budgets d'exploitation des organismes publics ou éventuellement (contractuellement) privé de formation sanitaire et sociale ;
- du financement des dépenses d'investissement des organismes publics de formation en travail social ;
- du financement des bourses sur critères sociaux des étudiants ;
- de la programmation de l'offre régionale de formation (création de nouveaux instituts, agrément des directeurs après avis de l'ARS, avis sur les quotas par filière etc...).

A ce jour ces compétences concernent **la formation initiale de plus de 40 000 étudiants**.

Elles couvrent un périmètre vaste et diversifié de métiers :

- 15 formations sanitaires : principalement infirmiers (IDE), aides-soignants (AS), auxiliaires de puériculture (AP) et une formation médicale, les sages-femmes ;
- 14 formations sociales, principalement éducateurs spécialisés (ES), assistants de service social (ASS) et aide médico-psychologique (AMP).

Pour des raisons d'ordre pratique, le rapport se penchera plus spécifiquement sur **les quatre formations regroupant le nombre le plus conséquent d'étudiants et de professionnels** :

- les **aides-soignants** ;
- les **infirmiers diplômés** d'Etat ;
(ces deux professions regroupant à elles seules plus de la moitié des emplois) ;
- les **masseurs kinésithérapeutes** qui constituent la majeure partie des professionnels de la rééducation ;
- les **assistants de service social**, les éducateurs spécialisés et les conseillers en économie sociale et familiales qui représentent, eux aussi, la majorité du secteur social issu de formations post-bac.

Afin de donner de la lisibilité et de la cohérence à sa politique de formations, la Région Ile-de-France a élaboré un premier Schéma des formations sanitaires et sociales (2007-2013) et l'a intégré dans un document unique : le Schéma régional de la formation tout au long de la vie.

Adopté par le Conseil régional, le 27 juin 2007, et prorogé, le 26 septembre 2013, le Schéma régional des formations sanitaires et sociales de première génération (2007/2013) est aujourd'hui échu.

Depuis le début de l'année 2015, un nouveau schéma est en préparation. Il devrait être soumis au vote à la fin de l'année 2016.

Bref bilan du schéma directeur 2007-2013

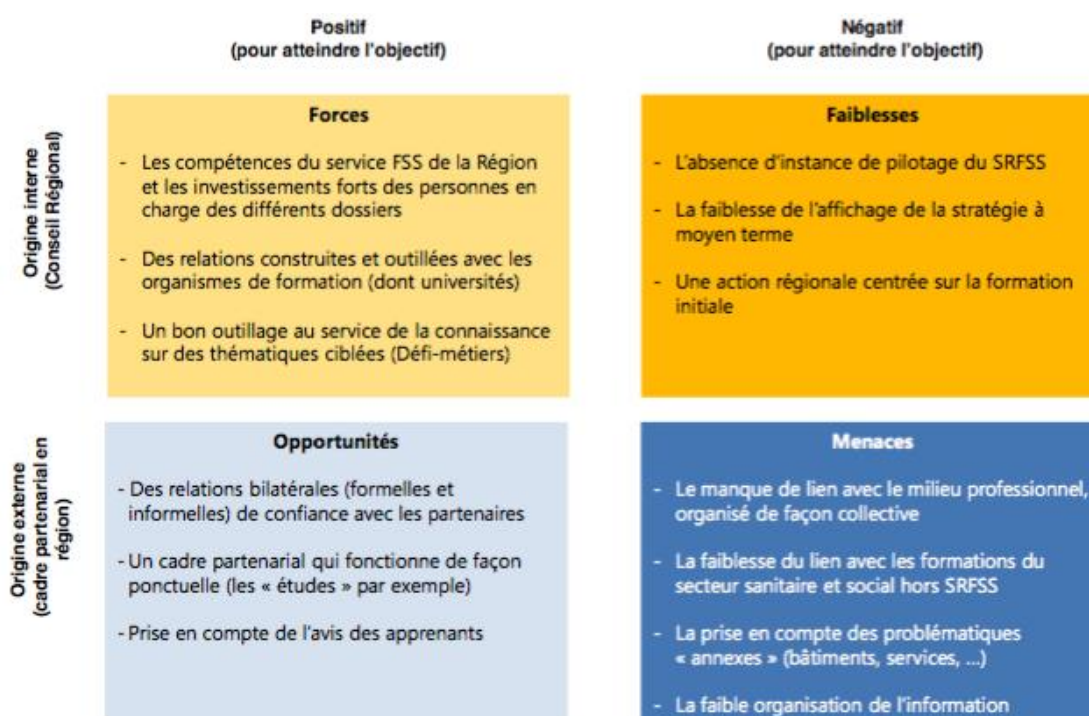
Ce schéma comportait 5 axes :

- développer, rééquilibrer l'offre régionale de formation pour répondre aux besoins des employeurs, des usagers et des étudiants ;
- soutenir une amélioration qualitative et quantitative de l'offre ;
- structurer une fonction d'observation ;
- coordonner les dispositifs d'information sur les métiers ;
- améliorer les conditions de vie des étudiants et la fidélisation des jeunes diplômés.

Le Conseil régional a mandaté le Cabinet AMNYOS pour effectuer un audit de ce premier schéma. En mai 2015 était présentée la synthèse des entretiens menés avec 25 acteurs principaux du domaine de l'emploi et de la formation dans le secteur « sanitaire et social »⁸.

Cette synthèse présente la perception de la politique régionale en matière de formation sanitaire et sociale comme « globalement positive ». La Région semble réellement identifiée comme chef de file des FSS, mais « la stratégie globale et à moyen terme de la Région en matière de politique régionale des formations sanitaires et sociales et sur tous les volets (géographie, volumétrie, appui aux investissements, ...) » est mal identifiée.

Synthèse proposée par le Cabinet AMNYOS sur la perception globale du schéma par les acteurs interrogés :



Si le premier Schéma régional des FSS recueille, de la part des acteurs franciliens, une appréciation globalement positive, les limites et les critiques qu'il suscite méritent d'être prises en compte. S'il fut élaboré rapidement après la dévolution, par l'Etat, des compétences nouvelles, **le second doit être préparé avec plus de recul, d'expérience et de volontarisme prospectif, en pleine cohérence avec les politiques sociales et de santé publique**, en totale transparence sur les objectifs poursuivis.

Ce rapport se veut contributif aux travaux préparatoires du nouveau schéma.

Une filière au centre des systèmes sociaux et de santé, dans un système complexe.

Les métiers auxquels mènent les formations sanitaires et sociales sont au cœur des systèmes sociaux et de santé. Depuis leur apparition, au milieu du XIXe siècle, ces métiers ont connu un

⁸ Présentation du Cabinet AMNYOS – Comité plénier du schéma régional des formations sanitaires et social ; 26 mai 2015

développement exceptionnel. Aujourd'hui, ils sont encore en perpétuel renouvellement, afin de s'adapter aux évolutions sociétales et technologiques.

Depuis les années 1950/1960, la filière paramédicale se caractérise par une forte diversification des métiers mais aussi par une spécialisation de plus en plus marquée. Avec, pour corolaire, une importante technicisation et une stricte formalisation des pratiques.

Parallèlement, le travail social ne cesse d'évoluer, accompagnant la société. Par exemple, le métier d'assistant social doit faire face à de nouvelles problématiques sociales : chômage de masse, précarité de l'emploi, appauvrissement des populations, évolution des modèles familiaux, allongement de l'espérance de vie, etc.

L'évolution de ces formations et métiers se fait cependant à petits pas et au gré des évolutions réglementaires.

L'organisation du système est particulièrement complexe, avec :

- une gouvernance éclatée entre la Région, plusieurs ministères, l'Etat en région, les établissements publics et privés de formation, les universités, les établissements pourvoyeurs de stages ;
- une organisation territoriale des formations « historique » ;
- un nombre important de diplômes, avec des modalités de certification diverses ;
- une intégration universitaire n'intéressant que quelques formations.

Des transformations de grande ampleur sont en cours.

Dans le domaine sanitaire

La **nouvelle loi de santé**⁹ induit deux changements majeurs :

- la création des **infirmiers de pratiques avancées**. Le cadre légal de ce nouveau métier a été établi par l'article 119 de la loi. Ces infirmiers pourront ainsi effectuer certains gestes auparavant réservés au corps médical, après formation dans le cadre d'un master universitaire. De nombreuses inconnues entourent encore ces nouvelles pratiques, mais cela modifiera assurément les modes d'exercice des infirmiers ;
- la création des **Groupements hospitaliers de territoire (GHT)**. Ces nouveaux groupements seront le socle de la coopération territoriale future, puisque chaque établissement public de santé adhère obligatoirement à un GHT depuis le 1^{er} juillet 2016.

Ils ont pour objet, dans le cadre d'un projet médical partagé, de « permettre aux établissements membres (art. 6132-1-II) de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité ».

Par ailleurs, l'établissement « support » du groupement désigné par la convention constitutive pour le compte des établissements membres, assurera (art. 6132-4-I), les fonctions suivantes :

- la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent et en particulier, la mise en place d'un dossier « patient » ;
- la gestion d'un Département de l'information médicale de territoire (DIM) ;
- la fonction « achat » ;
- **la coordination des instituts études/formation et des plans de formation continue.**

⁹ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

A noter également que tous les GHT ont l'obligation de s'associer à un centre hospitalier universitaire et que les établissements ou services médico-sociaux peuvent être partie prenante à la convention constitutive des groupements. Quant aux établissements privés, ils peuvent être partenaires, après conventionnement.

Les trois tableaux, reproduits en annexe 2, présentent la cartographie des groupements hospitaliers de territoire en grande et petite couronne ainsi que les conventions en cours avec les établissements de l'APHP.

Ces GHT auront donc un impact réel sur les instituts de formation paramédicaux publics, puisque l'établissement support de chaque GHT aura officiellement la charge de coordonner les différents instituts de formation le composant.

Les conclusions de la « **Grande conférence de Santé** », présentées le 11 février 2016 par le premier ministre, cadrent également ce qui devrait être le devenir des formations sanitaires. La thématique principale de cette conférence a été l'articulation des formations, des parcours et des métiers médicaux et paramédicaux.

La feuille de route comprend 22 mesures, dont une bonne partie concerne directement les étudiants des formations médicales et paramédicales. Un certain nombre de mesures intéressent particulièrement les FSS, et recourent parfaitement les objectifs de ce rapport :

- **confier – à moyen terme – aux universités, l'encadrement pédagogique des formations paramédicales** : l'objectif d'**intégration universitaire** de l'ensemble des formations sanitaires est réaffirmé. Pour l'heure, les travaux de réingénierie ont été menés à terme pour les infirmiers, les infirmiers anesthésistes, les ergothérapeutes, les pédicures-podologues et les manipulateurs en électroradiologie médicale. Ils devraient être finalisés dans le courant de l'année 2016, pour les masseurs kinésithérapeutes (cf. partie I) ;
- **étudier les conditions de déploiement d'une offre publique de formation pour toutes les professions de santé** : le Gouvernement prévoit de renforcer l'offre publique pour permettre une meilleure accessibilité financière aux études. Pour cela un état des lieux sera conduit dès 2016 ;
- **favoriser les passerelles entre les études paramédicales et médicales** : les étudiants qui échouent en Paces pourront désormais accéder à des « formations attractives en Santé et sciences de la vie : les passerelles devraient se multiplier pour permettre à plus de 80 % des étudiants de ne pas perdre leur année ;
- **renforcer les prestations sociales des étudiants des formations paramédicales** ;
- **développer et mieux organiser les interactions entre les étudiants des différentes formations de santé.**

Dans le domaine social

Comme détaillé en partie I, le gouvernement a fait sienne les demandes des acteurs du travail social en établissant un « **Plan d'action en faveur du travail social et du développement social** » suite aux états généraux du travail social.

Ce plan d'action cadre **les grandes évolutions à venir** :

- **décloisonnement des formations sociales, augmentation des passerelles avec d'autres formations en engageant l'intégration universitaire des formations sociales et la réingénierie des diplômes ;**
- **revalorisation des métiers dans la fonction publique ;**

- développement de la recherche ;
- établissement d'un cahier des charges partagé Etat-Régions « portant sur la qualité de l'offre de formation en travail social et fixant les exigences de qualité attendues de la part des établissements ;
- modernisation des stages et développement des formations en apprentissage.

Cette impulsion majeure de la part du gouvernement est inédite et saluée par l'ensemble des acteurs du domaine. Le plus dur reste à effectuer, avec la mise en œuvre de ces volontés politiques. **Les Régions auront un rôle concret à jouer**, dans l'établissement d'un cahier des charges qualité pour les établissements de formation et dans l'accompagnement de l'évolution de ces formations.

Une première partie présentera le dispositif de formation sanitaire et sociale régional, son organisation et les problématiques générales le concernant.

Seront, ensuite, abordées les problématiques particulières de chacune des professions concernées.

Une seconde partie, évoquera, tant dans le domaine sanitaire que le domaine social, le rôle de la Région et les enjeux auxquels elle aura à répondre par le schéma régional des FSS de deuxième génération, pour les années 2016 à 2021.

Pour chacune des thématiques étudiées, seront présentées des propositions d'action. Elles seront synthétisées à la fin du rapport.

PARTIE 1 : CONSTATS ET PROBLEMATIQUES GENERALES

I. Les formations, les écoles et les étudiants concernés

A – Généralités sur les parcours de formation

Les formations sanitaires et sociales (FSS) regroupent une **trentaine de formations** (voir liste en annexe 3), ouvrant la porte aux métiers du sanitaire et du social, accueillant **plus de 40 000 étudiants franciliens**. Ces formations professionnalisantes, d'une apparente homogénéité, sont en réalité extrêmement hétérogènes.

Elles peuvent être présentées en quatre catégories, faisant apparaître les différentes logiques qui ont conduit à choisir ces formations¹⁰.

1. Poursuite de la formation initiale

Les diplômés de cette catégorie se préparent en trois années minimum. Plus de 80 % de formés ont déjà un statut d'élève ou étudiant, avec une moyenne d'âge de 23 ans.

Diplômes	Niveau	Durée (années)	Age moyen	% de formés ayant un statut de salarié	% de formés ayant un statut de demandeur d'emploi
• DE Sage-Femme	II	4	20,1	0 %	0 %
• DE Psychomotricien	III	3	21,1	0 %	0 %
• DE Masseur-Kinésithérapeute	III	3	21,2	1 %	1 %
• DE Technicien en analyse biomédicale	III	3	21,2	0 %	2 %
• DE Pédicure podologue	III	3	21,3	1 %	1 %
• DE Ergothérapeute	III	3	20,8	1 %	2 %
• DE Manipulateur électro-radio. Médicale	III	3	22,0	4 %	0 %
• DE Assistant de Service Social	III	3	23,9	6 %	12 %
• DE Infirmier	III	3	23,4	11 %	8 %
• DE Éducateur de jeunes enfants	III	3	23,6	6 %	14 %
• DE Éducateur spécialisé	III	3	23,9	11 %	15 %

Source : Drees – Enquêtes écoles 2009 – traitement Défi métiers

DE : Diplôme d'Etat

Note de lecture : La formation de sage-femme dure 4 ans et permet l'obtention d'un diplôme de niveau II. Les inscrits en première année sont âgés en moyenne de 20,1 ans, et aucun d'entre eux n'a le statut salarié ou demandeur d'emploi.

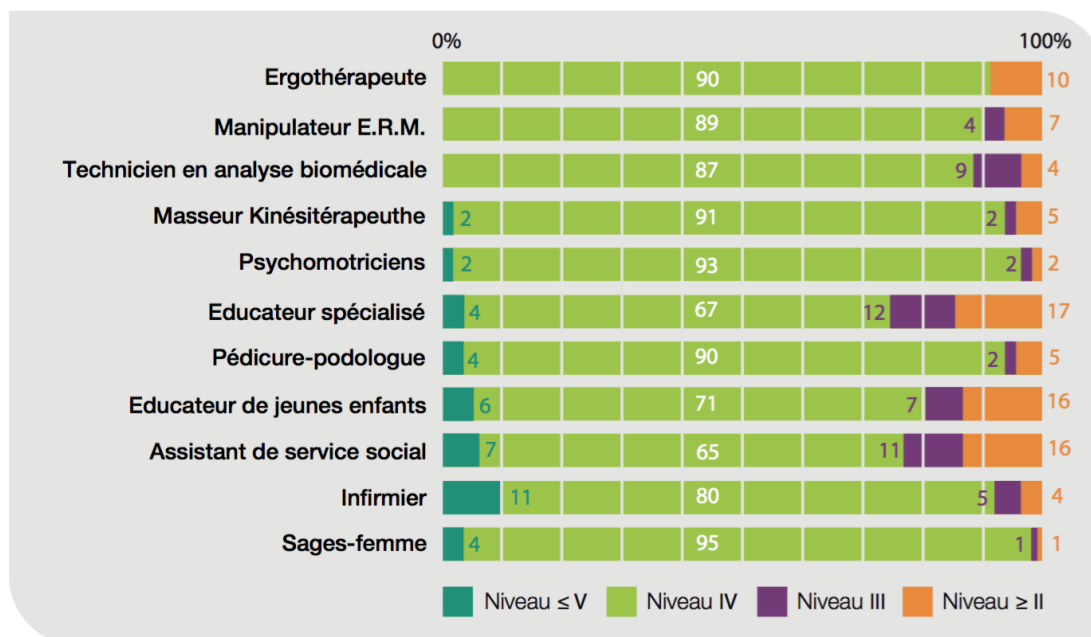
Caractérisation des diplômes classés dans « la poursuite de la formation initiale » - Une typologie des parcours de formation dans les filières paramédicales et du travail social en Ile de France – Défi-Métiers, sept 12

C'est cette catégorie (poursuite de la formation initiale) qui accueille le plus de formés : en 2009, elle comptait plus de 10 000 étudiants en première année (soit près de 50 % de l'ensemble des effectifs en première année dans une formation du sanitaire et du social).

Pour compléter ces informations :

¹⁰ Une typologie des parcours de formation dans les filières paramédicales et du travail social en Ile de France – Défi-Métiers, sept 12

- la poursuite de la formation initiale concerne davantage le secteur sanitaire que social ;
- les trois formations sociales (assistant de service social, éducateur de jeunes enfants, éducateur spécialisé) accueillent la plus grande proportion de titulaires d'un diplôme supérieur au niveau IV (niveau baccalauréat).



Source : Drees – Enquêtes écoles 2009 – traitement Défi métiers

Niveau de diplôme acquis par les étudiants de 1^{ère} année en amont de leur entrée en formation - Une typologie des parcours de formation dans les filières paramédicales et du travail social en Ile de France – Défi-Métiers, sept 12

2. Professionnalisation : reconnaissance de l'expérience ou spécialisation

Les diplômes de cette catégorie relèvent d'une logique de professionnalisation, au sein d'un parcours professionnel engagé depuis plusieurs années.

Les 3 000 inscrits, d'une moyenne d'âge de 37 ans, suivent deux logiques de formation :

- l'obtention de la certification associée aux compétences acquises, pour des salariés qui souvent « font fonction » ;
- la spécialisation, pour des salariés déjà titulaires d'un diplôme.

Diplômes	Niveau	Durée (années)	Age moyen	% de formés ayant un statut de salarié	% de formés ayant un statut de demandeur d'emploi
• DE Infirmier Bloc Opérateur	III	1,5	35,6	98 %	0 %
• DE d'Éducateur technique spécialisé	III	3	48,0	95 %	0 %
• DE Assistant familial	V	2	45,6	95 %	0 %
• CA Fonction directeur établissement social	I	2,5	43,1	81 %	7 %
• DE Ingénierie sociale	I	3	42,7	88 %	0 %
• CA Fonction encadrement unité intervention sociale	II	2,5	40,3	80 %	6 %
• DE Infirmier Anesthésiste	III	2	31,3	85 %	1 %
• DE Aide médico-psychologique	V	1	32,6	62 %	18 %
• DE Médiateur familial	II	1	43,2	61 %	16 %

Source : Drees – Enquêtes écoles 2009 – traitement Défi métiers

Caractérisation des diplômes classés dans « la professionnalisation » - Une typologie des parcours de formation dans les filières paramédicales et du travail social en Ile de France – Défi-Métiers, sept 12

3. Retour à l'emploi et reconversion professionnelle

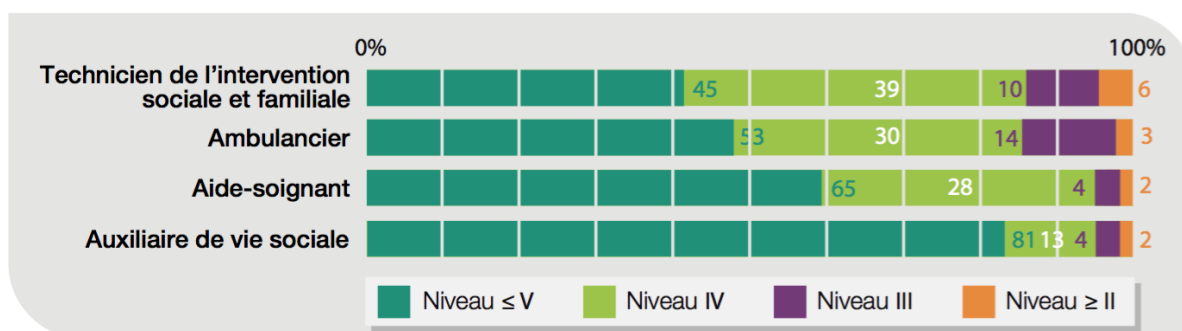
Ces formations, intervenant majoritairement après une période de chômage ou d'exercice d'activité sans lien direct avec le diplôme préparé, répondent à une logique de retour à l'emploi ou de reconversion. Elles concernent principalement le secteur sanitaire.

Diplômes	Niveau	Durée (années)	Age moyen	% de formés ayant un statut de salarié	% de formés ayant un statut de demandeur d'emploi
• DE Auxiliaire de vie sociale	V	1	36,1	8 %	82 %
• DE Ambulancier	V	<1	32,4	31 %	55 %
• DE Technicien de l'intervention sociale et familiale	IV	2	31,5	24 %	33 %
• DE Aide-soignant	V	1	30,4	21 %	30 %

Source : Drees – Enquêtes écoles 2009 – traitement Défi métiers

Caractérisation des diplômes classés dans « le retour à l'emploi et la reconversion professionnelle » - Une typologie des parcours de formation dans les filières paramédicales et du travail social en Ile de France – Défi-Métiers, sept 12

Elles accueillent plus de 5 000 inscrits, âgés, en moyenne, de 32 ans. Le niveau de diplôme en amont de l'entrée en formation est hétérogène et peut questionner, comme le montre l'exemple du diplôme d'Etat (DE) d'ambulancier où plus de 50 % des formés sortiront avec un diplôme inférieur à celui qui était le leur à l'entrée en formation.



Source : Drees – Enquêtes écoles 2009 – traitement Défi métiers

Niveau de diplôme acquis par les effectifs en 1ère année en amont de leur entrée en formation - Une typologie des parcours de formation dans les filières paramédicales et du travail social en Ile de France – Défi-Métiers, sept 12

4. Sans modèle de parcours dominant

Enfin, entre ces trois modèles types existent des formations hybrides conjuguant différentes logiques : poursuite de la formation initiale et professionnalisation ou poursuite de la formation initiale et retour à l'emploi / reconversion professionnelle.

Diplômes	Niveau	Durée (années)	Age moyen	% de formés ayant un statut de salarié	% de formés ayant un statut de demandeur d'emploi
• DE Moniteur éducateur	IV	2	26,2	32 %	13 %
• DE Puériculture	III	1	30,1	44 %	5 %
• DE Auxiliaire de puériculture	V	1	24,8	5 %	19 %
• DE Conseillère en économie sociale et familiale	III	1	23,5	8 %	16 %

Source : Drees – Enquêtes écoles 2009 – traitement Défi métiers

* Le DECESF se prépare en un an mais fait suite au BTS économie sociale et familiale préparé en deux ans.

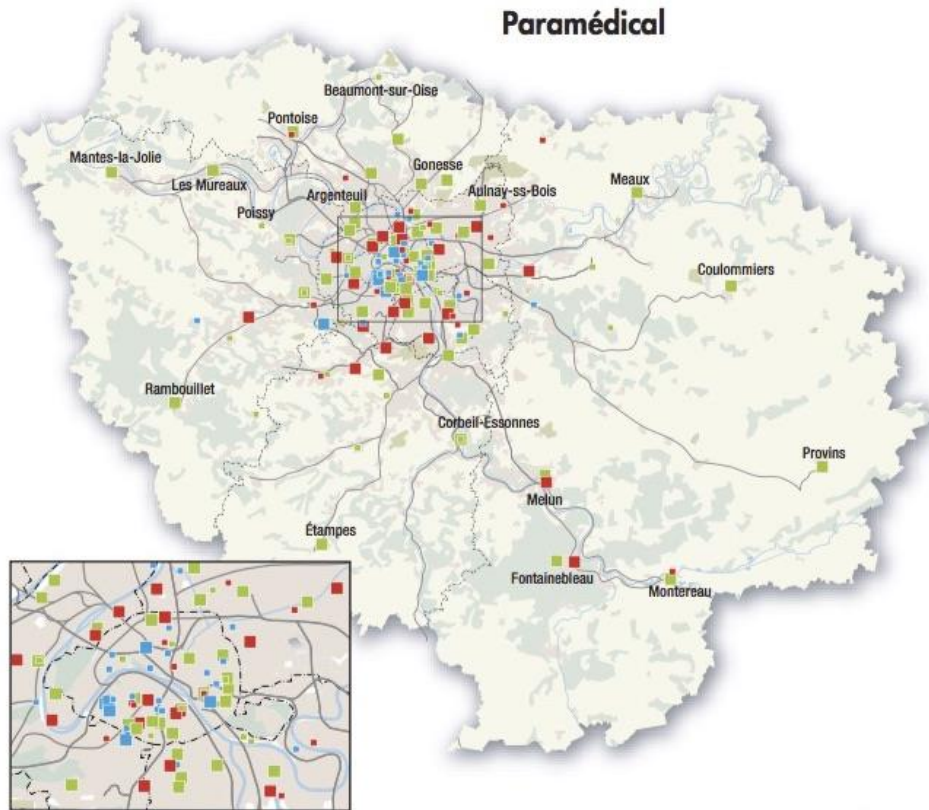
Caractérisation des diplômes classés dans « sans modèle de parcours dominant » - Une typologie des parcours de formation dans les filières paramédicales et du travail social en Ile de France – Défi-Métiers, sept 12

B – Sites de formation, capacités et effectifs

1. Sites de formation

En Ile-de-France, en 2014, on compterait 239 sites de formations sanitaires et sociales (un centre de formation pouvant comprendre plusieurs sites) : 148 dans le sanitaire et 91 dans le social.

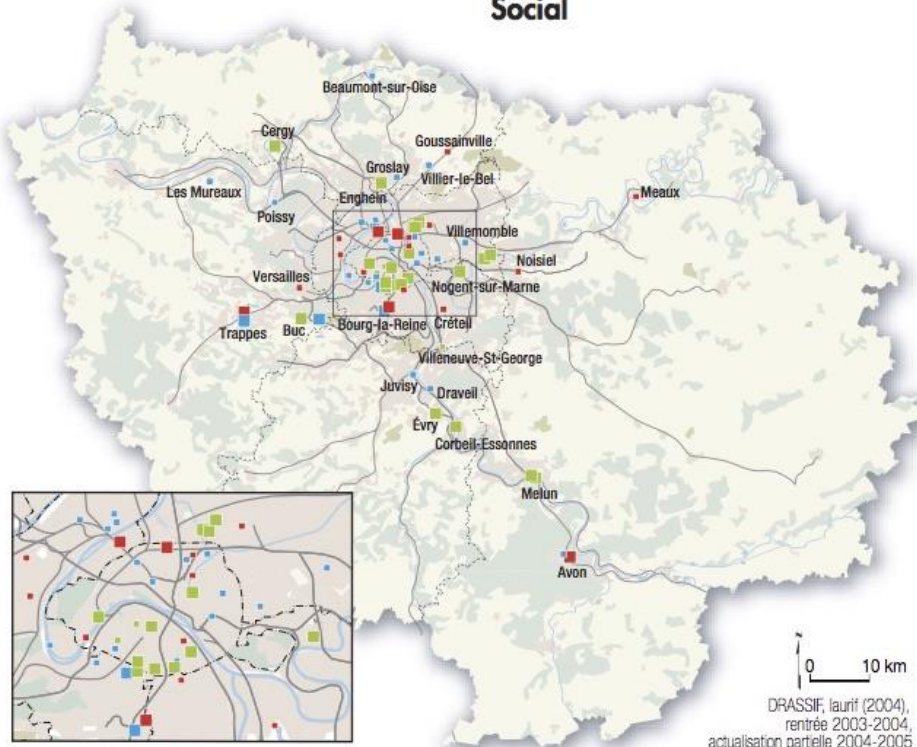
Paramédical



Près de 160 centres délivrent au moins une formation sanitaire en Ile-de-France. Les formations aux professions d'aide-soignant, d'infirmier et d'auxiliaire de puériculture sont les plus présentes hors agglomération centrale, avec une forte dispersion de la taille des établissements.

Statut de l'établissement
 Éducation nationale ■
 autre financé par le conseil régional ■
 autre non financé par le conseil régional ■
 une seule formation dispensée □
 plusieurs formations dispensées □
 réseau ferré —

Social



Toutes spécialités confondues, les quelque 70 centres de formation aux professions sociales sont concentrés à Paris et en petite couronne francilienne, avec des extensions en grande couronne. Les formations de niveau V sont les plus dispersées dans l'espace régional et sont marquées par la diversité des statuts des établissements.

0 10 km

DRASSIF, laurif (2004),
 rentrée 2003-2004,
 actualisation partielle 2004-2005

Ces établissements peuvent être classés en trois catégories :

- conventionnés Région : en majorité les centres publics dans le sanitaire et les centres agréés dans le social. Cette catégorie regroupe 73 sites dans le domaine sanitaire et 25 dans le domaine social ;
- éducation nationale : lycées, CFA et Gretas rattachés à ce ministère. Cette catégorie regroupe 37 sites dans le domaine sanitaire et 22 dans le domaine social ;
- autres : autres centres de formations, principalement à statut privé. Cette catégorie regroupe 38 sites dans le domaine sanitaire et 44 dans le domaine social.

	Sanitaire	Social	Ensemble
Conventionnés Région (majoritairement publics)	73	25	98
Education nationale (Lycées, CFA, GRETA)	37	22	59
Autres (majoritairement privés)	38	44	82

Répartition des établissements FSS franciliens, selon leur catégorie

Le rôle particulier de l'Education nationale dans les formations sanitaires et sociales

La plupart des formations diplômantes du secteur sanitaire et social relèvent du Ministère de la santé et des affaires sociales avec des formations décentralisées au niveau régional. **Mais il en existe quelques-unes relevant de l'Education nationale** qui jouent un rôle essentiel dans la construction des projets professionnels des jeunes et pourraient constituer un **levier majeur dans le développement des FFS**.

Les formations sanitaires et sociales au niveau du second cycle du second degré sont des formations propédeutiques aux diplômes professionnels.

C'est le cas du :

- bac professionnel ASSP (Accompagnement soins et services à la personne) ;
- bac technologique ST2S (Sciences et technologies de la santé et du social).

Au-delà du bac, nous trouvons, dans l'Education nationale, des diplômes professionnels :

- le BTS SP3 (Services et prestations des secteurs sanitaire et social) ;
- le BTS ESF (Economie sociale et familiale) ;
- le BTS Diététique.

Mais il existe aussi, dans les lycées, des formations sanitaires et sociales : aide soignant(e)s, auxiliaires puéricultrices mais aussi infirmier(e)s, assistant-e-s de service social : conseiller(e) en économie sociale et familiale. Le lycée Rabelais, dans le 18^e arrondissement, est exemplaire de ce point de vue.

Les besoins d'emplois dans ce domaine **justifient d'autant plus de s'appuyer sur les formations propédeutiques** Bac Professionnel ASSP et bac ST2S dont les jeunes construisent un projet professionnels dès la 3^e. Les politiques publiques doivent assurer **la nécessaire élévation du niveau de qualification des personnels en contact direct avec un public fragilisé** notamment les personnes âgées à domicile et/ou en institution.

Le bac professionnel ASSP (niveau IV) peut mener aux diplômes d 'auxiliaire de puériculture, d'aide- soignante et d'auxiliaire de vie **revalorisés au niveau IV alors qu'ils ne sont paradoxalement qu'au niveau V à l'heure actuelle**.

La série ST2S peut permettre d'accéder plus facilement aux formations sanitaires et sociales supérieures (infirmier(e), psychomotricien, ergothérapeute, manipulateur radio etc, et de travailleurs sociaux (assistants de service social, éducateur de jeunes enfants, éducateur spécialisé...). en mettant en place **des préparations publiques (Education nationale) et gratuites**. Ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Enfin, il faut développer dans les lycées publics des formations sanitaires et sociales professionnalisantes quand il existe déjà une filière sanitaire et sociale de second degré à l'instar de ce qui se passe au lycée Rabelais.

Signalons aussi le **BTS SP3S** qui est un diplôme adapté à **la prise en charge des personnes âgées et des populations fragilisées**. Il forme des techniciens supérieurs qui mettent leurs compétences techniques, administratives et relationnelles au service de ces publics et par exemple occuper **l'emploi de responsable de secteur** en service **d'aide à domicile** animant et coordonnant une équipe d'auxiliaires de vie ou d'aides à domicile.

Il y a nécessité par ailleurs d'**une plus grande coopération et harmonisation entre le Ministère de la santé et des affaires sociales et le Ministère de l'Education Nationale dans le domaine de ces diplômes**.

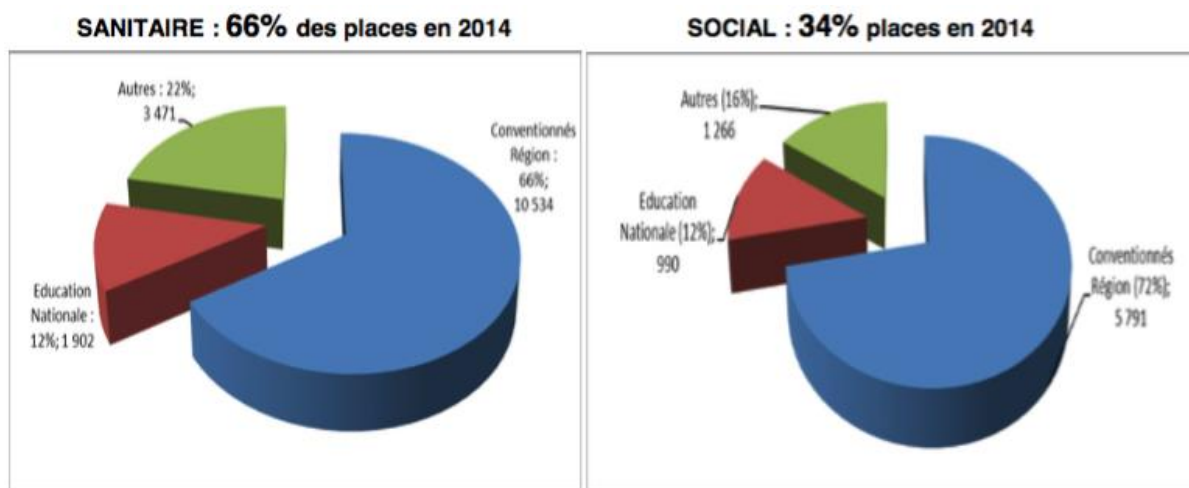
D'un point de vue général, il faut se garder d'un schéma totalement adéquationniste et prendre en compte que les projets des élèves ne sont pas fixés une fois pour toute à l'entrée au lycée. Les études du Centre d'études et de recherches sur les qualifications (CEREQ) ont bien montré qu'ils évoluent aussi en fonction des opportunités et des conditions concrètes d'accueil dans les milieux professionnels. De plus certains postes auprès de personnes dépendantes par exemple, nécessitent une maturité psychologique et sociale, que de nombreux jeunes ne possèdent pas au sortir du lycée. Les formations et notamment les moments et les lieux de stage doivent en tenir compte.

2. Capacités de formation

La capacité de formation représente le nombre de places ouvertes à chaque rentrée, en première année de formation. Elle diffère de l'effectif en formation, puisque certaines formations durent plus d'une année.

Début 2014, la capacité totale à l'entrée des centres de formation sanitaire et sociale de la région Ile-de-France était de 24 020 places : 15 973 (66 %) dans le sanitaire et 8 047 (34 %) dans le social.

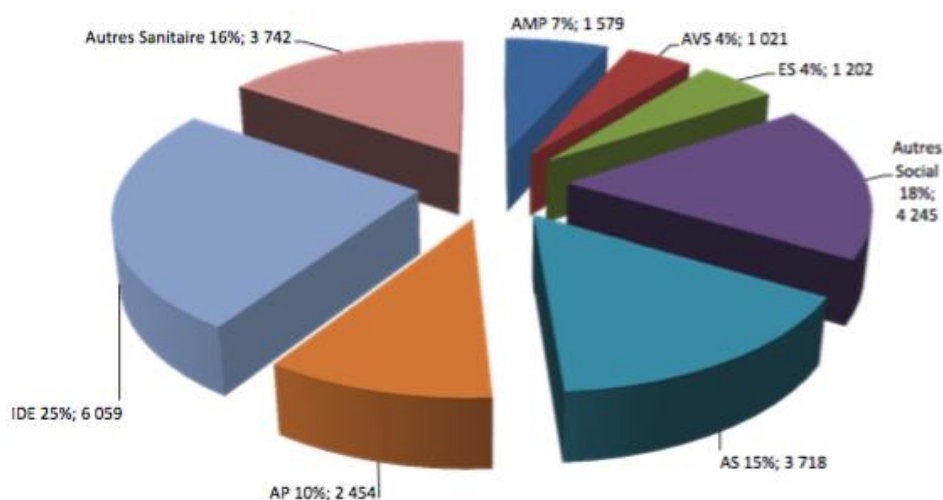
Répartition des 24 020 places à l'entrée en 2014 au sein de ces trois types d'établissements :



La majorité des places se situent dans les centres conventionnés avec la Région (crédits FSS) : à 72% dans le sanitaire et 66% dans le social ; l'Education nationale en représente 12%

Conseil Régional d'Ile-de-France – mars 2015

Répartition des 24 020 places en 2014 entre les différentes formations :



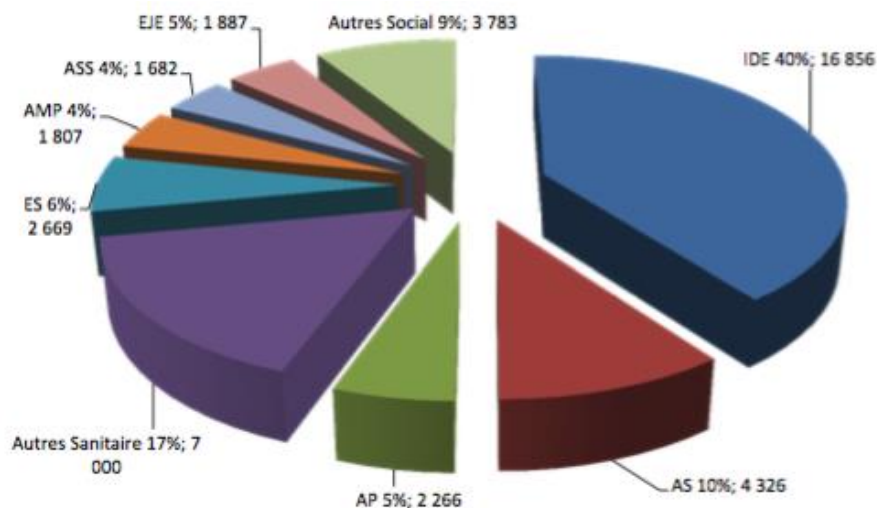
Conseil Régional d'Ile-de-France – mars 2015

Dans le secteur sanitaire, 76 % des capacités franciliennes regroupent les infirmiers (IDE), les aides-soignants (AS) et auxiliaires de puériculture (AP). Entre 2007 et 2014, 2132 places ont été créées, principalement pour les formations AS et AP.

Dans le secteur social, 70 % des capacités franciliennes regroupent les aides médico-psychologiques (AMP), les éducateurs spécialisés (ES), les assistants de vie sociale (AVS), les moniteurs éducateurs (ME) et les assistants de service social (ASS). Entre 2008 et 2014, 1 026 places ont été créées, principalement pour les formations AMP et d'éducateurs pour jeunes enfants (EJE).

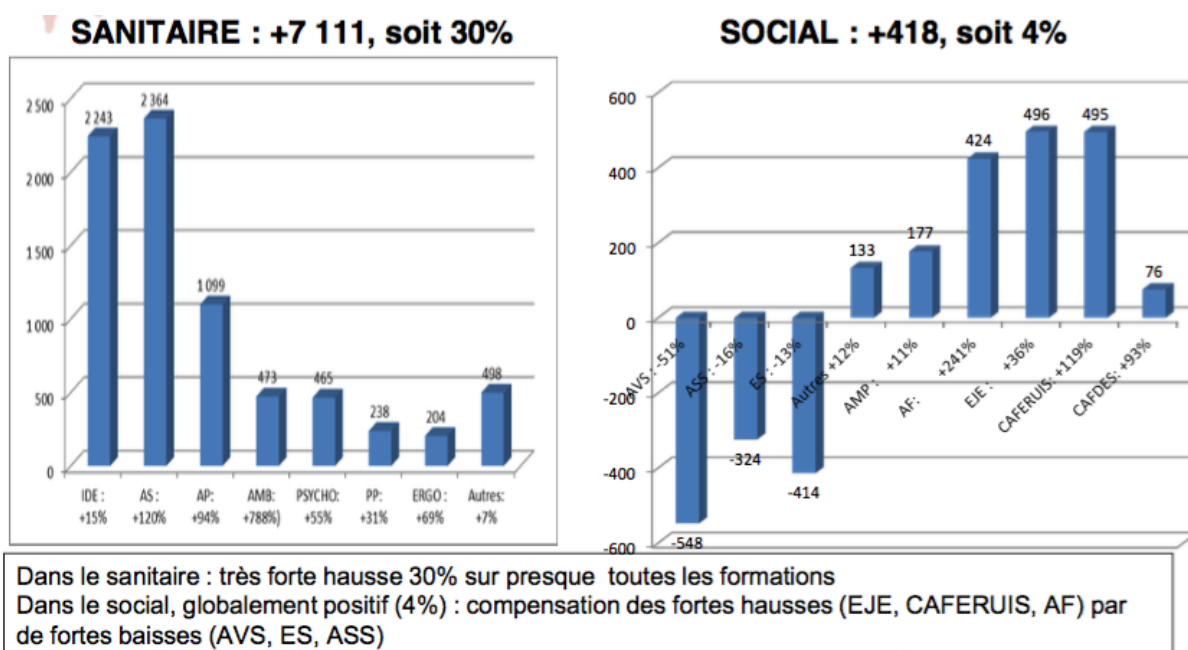
3. Effectifs en formation

Fin 2013, on recensait 42 276 élèves et étudiants dans les centres de formation sanitaire et sociale dont 30 448 dans le secteur sanitaire (72 %) et 11 828 (28 %) dans le social :



Conseil Régional d'Ile-de-France – mars 2015

L'augmentation globale des effectifs étudiants depuis 2007 atteint plus de 22 % (+ 7 529 étudiants). Celle-ci est cependant beaucoup plus marquée dans le sanitaire (+ 30 %) que dans le social (+ 4 %) :



Conseil Régional d'Ile-de-France – mars 2015

Au total, ces évolutions montrent une meilleure utilisation des capacités de formation avec, en 2013, des taux de remplissage des instituts de formation en augmentation :

- 95 % de remplissage dans le sanitaire (contre 77 % en 2006) ;
- 68 % de remplissage dans le social (contre 64 % en 2006).

Ces tendances globales positives masquent toutefois certaines évolutions, comme la diminution de 22 % du taux de remplissage de la formation d'assistant de service social (ASS). Cette chute du nombre d'étudiants ASS est très préoccupante.

C – Problématiques générales

1. Le nombre, la taille et le maillage des établissements

L'implantation des centres de formation a souvent été décidée en fonction des besoins de dynamisation ou d'emploi des territoires d'implantation des établissements de soin. Il en a résulté la création non coordonnée d'écoles parfois de petites tailles, isolées, enclavées, de capacités très variables allant de quelques dizaines de places à plusieurs centaines. Cette répartition est le fruit de l'histoire, à la fois dans le domaine sanitaire où chaque structure hospitalière avait tendance à vouloir former « son personnel », et dans le domaine social où les associations ont créé leurs propres écoles en fonction de leurs besoins locaux et de leur culture.

Ce dispositif est certes concentré pour le tiers de sa capacité au cœur de la région, il irrigue cependant tout l'espace francilien, y compris dans ses zones les plus périphériques.

Les directeurs d'hôpitaux et d'établissements médico-sociaux sont convaincus que les IFSI (Instituts de formation en soins infirmiers), notamment ceux situés dans les zones les plus fragiles, constituent la garantie principale du maintien à un niveau correct de la démographie des professionnels de santé de leur secteur.

Le maillage actuel permet de faire des formations paramédicales et sociales un outil efficace de promotion et d'insertion professionnelle des nouvelles générations, que ce soit dans les zones urbaines (dans les IFSI dépendant du CHU) ou dans les zones plus faiblement urbanisées ou rurales, avec des profils d'étudiants souvent très différents. Il est cependant important de ne pas penser l'implantation des établissements comme vecteur d'attractivité d'un territoire : les établissements et leurs capacités de formation doivent être fonction des besoins en emploi et des ressources locales existantes.

Si l'appareil de formation francilien est riche et dense, **il reste fragmenté, peu coordonné et montre des signes de réelle fragilité**, notamment dans les centres à faible effectif étudiant ou ceux dont l'équipe pédagogique devient insuffisante et peine à se renouveler. Les organisations étudiantes sont également opposées aux projets d'implantation d'écoles de petite taille dans des territoires enclavés

L'ouverture à la rentrée 2015 d'un institut de formation en masso-kinésithérapie (IFMK) au sein du centre hospitalier intercommunal de Meulan – Les Mureaux a plusieurs fois été citée comme une illustration de cette politique.

Certaines équipes s'adaptent difficilement aux réformes en cours, peinent à recruter leur directeurs ou leurs enseignants et ne trouvent plus les terrains de stage nécessaires aux mises en situation professionnelle de leurs étudiants. La structuration de l'appareil actuel de formation pose donc question.

Lors des auditions, plusieurs orateurs ont proposé le regroupement des plus petits établissements pour constituer des instituts de taille critique suffisante. Les organisations professionnelles s'accordent sur le chiffre d'une centaine d'étudiants par promotion comme taille pertinente. Ces regroupements accroîtraient la visibilité des formations, pourraient améliorer la vie de campus et encourager les initiatives pédagogiques : développement du catalogue de lieux de stages, émulation accrue de l'équipe enseignante, possibilité d'investissement dans du matériel coûteux pour de la simulation, etc.

La possibilité de regrouper, sur un même site, différentes formations et d'encourager à la pluridisciplinarité, l'inter-professionnalité et les partages d'expérience a également été évoquée. De tels regroupements paraissent cohérents pour accompagner l'évolution des différents métiers (notamment pour faciliter la prise en charge du parcours coordonné de soins) et pour encourager les synergies entre filières.

La mutualisation accrue des moyens, voire le regroupement de certains petits établissements de formation, semble adapté pour les formations de niveau supérieur (niveau I, II, III). Cette approche est d'autant plus cohérente dans le domaine sanitaire avec la création des Groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Il semble, cependant, utile de conserver un réseau d'établissements de proximité pour les formations de niveau IV et V. En effet, ces formations d'une durée d'une à deux ans s'adressent principalement à des personnes en reconversion professionnelle ou en retour à l'emploi. La proximité de l'établissement de formation est ici un facteur clé de la réussite de la formation.

Certaines régions ont déjà appliqué ces idées : la rentrée 2015 a par exemple vu l'inauguration à Toulouse du « Pôle régional d'enseignement et de formation aux métiers de santé » regroupant une dizaine de formations paramédicales et de sage-femme pour un total de 1 500 étudiants. L'édifice, d'un coût de 36,5 M€, a été financé à part égale entre la Région et le CHU de Toulouse. Ce modèle n'est sûrement pas pleinement transposable en région Ile-de-France, compte tenu de sa taille, mais pourrait par exemple être exploré par l'Assistance-Publique Hôpitaux de Paris (APHP).

Enfin et plus généralement, le devenir des centres de formation publics ne pourra s'organiser sans recherche de mise en cohérence avec les groupements hospitaliers de territoires (GHT) prévus par la « loi de modernisation de notre système de santé », adoptée en lecture définitive à l'Assemblée Nationale le 17 décembre 2015¹¹. Un travail collaboratif entre la Région et l'ARS Ile-de-France est ici indispensable.

Propositions

Encourager et favoriser :

- Le regroupement ou l'alliance des « petits » centres de formation de niveau I, II ou III pour atteindre une taille critique suffisante ;
- La mutualisation des enseignements, la transversalité et l'interdisciplinarité dans les formations sanitaires et sociales ;
- La mise en cohérence de l'appareil de formation sanitaire avec le cadrage territorial résultant de la « loi de modernisation de notre système de santé »

2. Les modalités de recrutement des étudiants

L'entrée dans les formations sanitaires et sociales est particulièrement réglementée. Celle-ci nécessite pour la quasi-totalité des formations la réussite d'un concours (dans le sanitaire) ou une sélection (dans le social).

¹¹ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Il apparaît que le concours, sésame d'entrée dans la grande majorité des FSS, n'est plus adapté à la situation des candidats.

Les concours engendrent indirectement une sélection par l'argent, avec risque important de reproduction sociale :

- ce mode de sélection conduit de nombreux étudiants à ajouter une année supplémentaire (préparatoire) à la durée normale de leurs études, engendrant des dépenses conséquentes sans valeur ajoutée réelle de compétences pour leur futur exercice professionnel ;
- le financement des concours est réalisé par les étudiants, financement à multiplier par le nombre de concours présentés auquel s'ajoutent les frais de déplacement. En effet, les étudiants ont pris l'habitude de s'inscrire à plusieurs concours, afin d'optimiser leurs chances de réussite.

Dans un premier temps, il serait intéressant de travailler à la mise en place d'une approche partagée par les différents établissements. Il serait bon que les étudiants n'aient plus à présenter autant de concours que d'établissements, en créant des concours communs à plusieurs écoles.

D'autre part, les concours d'entrée ont tendance à encourager la candidature d'étudiants provenant d'autres territoires et même d'autres régions qui profitent de l'importance de l'offre francilienne. Il a été noté que « de réputation, il est plus facile d'obtenir son concours d'IFSI en Ile-de-France que dans les autres régions ». Cette situation va à contre-sens de l'objectif de former des jeunes franciliens, qui auront tendance à travailler à proximité une fois leurs études terminées.

Aussi la recommandation n° 20 du rapport de l'IGAS/IGAENR de juillet 2013¹² semble pertinente et à approfondir par la Région, en liaison avec l'Etat : « *généraliser pour toutes les formations paramédicales la sélection sur dossier selon la procédure « Admission Post Baccalauréat » (APB), complétée chaque fois que possible par un entretien après pré sélection sur dossier* ».

Propositions

- Encourager la création de concours d'entrée communs à plusieurs écoles ;
- Entamer une réflexion sur la suppression des concours d'entrée dans les formations sanitaires et sociales, en généralisant la sélection sur dossier selon la procédure « Admission Post Baccalauréat » (APB).

3. Les frais de scolarité

Conséquence de l'hétérogénéité de statut des centres de formation, il existe une extrême diversité des frais d'inscription dans les FSS, qui plafonnent souvent bien au-delà des frais universitaires. C'est, pour les étudiants et pour leur famille, un point particulièrement sensible.

¹² MARSALA V. Les formations paramédicales : Bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD. IGAS; 2013 Juillet

Frais de scolarité/an	Taux minimum	Taux maximum
Infirmiers	Pour la plupart des IFSI : frais d'inscription universitaire (183 €) + sécurité sociale étudiante (211€)+ assurance responsabilité civile (0 à 10€), soit total de 394€.	Pour quelques IFSI: les montants de base (394€) + frais (tenues de stage, bibliothèque...) : 900€ en plus, soit un total de 1294€.
Ergothérapeute	1 125€	5 900 €
Pédicure-podologue	580 €	10 095 €
Psychomotricien	1 200 €	9 320 €
Masseur-kinésithérapeute	394€	8 850 €
Manipulateur d'électro-radiologie médicale	394€	900 €
Puéricultrice (pour étudiants en formation initiale)	394€	7 500 €

Source : DGOS, syndicats professionnels - Mission

Montants des droits d'inscription dans les instituts de formation aux professions paramédicales - Les formations paramédicales : Bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD. IGAS; 2013 Juillet

Hormis la formation infirmière, les frais varient significativement, y compris au sein des établissements publics, et ce pour toutes les catégories des diplômés. Ainsi, par exemple les frais de scolarité peuvent dépasser les 11 000 euros par an dans certaines écoles de masso-kinésithérapie franciliennes (en 2015-2016), et peuvent être encore plus élevés dans d'autres formations.

Ces frais empêchent l'accès du plus grand nombre aux FSS, ils sont donc facteurs de ségrégation sociale et engendrent des endettements étudiants conséquents, déterminant les choix et les pratiques de l'exercice à venir.

Après réalisation d'un état des lieux exhaustif des frais d'inscription des écoles franciliennes, une intervention de la Région est sur ce point absolument nécessaire :

- concernant les établissements conventionnés, une régulation doit être imposée par le conseil régional qui peut juridiquement faire converger les tarifs au niveau des frais d'inscription universitaire via le conventionnement (cf partie II sur les compétences régionales). La subvention de fonctionnement des instituts devra évidemment être revue en conséquence ;
- concernant les établissements non conventionnés mais agréés, certains critères doivent également être établis afin de diminuer ces coûts de formation.

Il est essentiel de répondre à cette question des frais d'inscription afin de diminuer les inégalités d'accès engendrées par cette situation

Proposition

- Travailler au plus vite sur la question des frais d'inscription et de scolarité dans les FSS : harmoniser les frais des établissements conventionnés avec les frais universitaires, diminuer les coûts de formation des établissements privés.

II. Focus sur certaines formations et métiers afférents

A – Aide-soignant

1. La formation

La formation d'aide-soignant dure une année, avec l'acquisition du Diplôme d'Etat d'aide-soignant (DEAS). Le diplôme, de niveau V, comprend 595 heures d'enseignement théorique et 840 heures d'enseignement pratique.

Depuis 2005, le DEAS est ouvert à la Validation des acquis de l'expérience (VAE).

Depuis 2007, le diplôme est accessible par la formation continue, alors qu'il était auparavant uniquement accessible dans le cadre de la formation initiale.

Aujourd'hui, l'accès au diplôme correspond, le plus souvent, à un « retour à l'emploi / reconversion » (cf partie I. A/).

Il existe, en Ile-de-France, 81 lieux de formation d'aide-soignant. Ces centres de formation peuvent être :

- des écoles publiques, souvent intégrées dans des IFSI publics ou rattachées à l'éducation nationale ;
- des écoles privées, généralement à but non lucratif, intégrées ou non à des IFSI privés.

Les financeurs de cette formation sont :

- le conseil régional, pour la formation initiale dans les écoles publiques et les écoles privées ayant répondu à l'appel d'offre régional¹³ ;
- l'éducation nationale, pour les établissements qui lui sont rattachés ;
- pôle emploi, qui assure la prise en charge de la formation continue des demandeurs d'emploi en formation aide-soignant ;
- les employeurs, par le biais du financement du compte personnel formation.

Les quotas de formation sont entièrement décidés par le Conseil régional, après avis de l'ARS d'Ile-de-France. Les effectifs en formation ont fortement évolué ces dernières années :

- **entre 2003 et 2011, les effectifs de diplômés du DEAS (hors VAE) ont augmenté de + 54 %.** En septembre 2014, la capacité de formation en formation initiale était de 3402 places ;
- entre 2005 et 2014, plus de 2000 personnes (mais seulement 25 % des candidats) ont été diplômées via la VAE.

¹³ Depuis 2001, l'achat de formations par les pouvoirs publics entre dans le champ des marchés publics, les prestations financées par les acteurs institutionnels ne se font plus dans le cadre de subventions comme cela était le cas auparavant

L'augmentation de ces quotas depuis une dizaine d'années s'explique par la demande des employeurs qui faisaient face à des difficultés d'embauche, et par l'investissement dans la formation continue afin de diminuer le nombre de salariés « faisant fonction » d'aides-soignants.

Cette augmentation rapide des effectifs entraîne des difficultés au sein des écoles, avec une augmentation des étudiants en très grande précarité, non adaptés à ce métier et ayant d'importantes difficultés à l'écrit.¹⁴

Cette situation pose deux problèmes :

- **le parcours de recrutement des nouveaux étudiants** : les prescripteurs de formation (Pôle-Emploi, missions locales etc.) méconnaissent souvent cette formation, et y orientent des personnes qui auront ensuite des difficultés dans cette voie. Le métier d'aide-soignant nécessite des capacités particulières de relation avec la personne soignée, et le savoir-être y revêt un rôle aussi important que le savoir-faire. Il convient de ne pas y orienter aveuglément des demandeurs d'emploi : le recrutement est donc à affiner.
- **le financement de la formation** : afin d'éviter les situations de grande précarité et les abandons, un financement de la formation doit pouvoir être proposé à tous les formés. La Région a adopté une démarche proactive sur le sujet, en signant une convention avec Pôle-Emploi afin d'assurer la gratuité de la formation continue des demandeurs d'emploi en formation aide-soignant et auxiliaire de puériculture. Pour les individus en formation initiale ou non concernés par cette convention, la Région s'est engagée à prendre en charge les frais de formation.

2. La vie professionnelle

La profession d'aide-soignant est encore mal connue au plan de sa démographie car non identifiée numériquement (pas d'obligation d'inscription au sein du répertoire Adeli ou du RPPS - Répertoire partagé des professionnels de santé).

S'agissant de métiers de services liés souvent à la prise en charge du déficit d'autonomie des personnes âgées (à domicile ou en institution) et dont le nombre devrait fortement progresser dans les dix prochaines années, la création et la mise en œuvre d'outils statistiques fiables (type répertoire partagé des professionnels de santé - RPPS) concernant les aides-soignants est désormais indispensable.

Selon les données issues du recensement de la population (données déclaratives), l'Ile-de-France comptait globalement, en 2010, 53 200 aides-soignants. Les aides-soignants exercent majoritairement en milieu hospitalier ou en Ehpad, mais peuvent également travailler dans des établissements d'hébergement médico-social ou dans l'action sociale. A ce propos, il est fréquent que des employeurs recrutent de façon indifférenciée des aides-soignants ou des aides médico-psychologiques (« recouvrement de tâches »)¹⁵, ce qui pose la question de l'évolution de ces diplômes, à terme.

¹⁴ Diagnostic emploi formation relatif aux aides-soignants, aides médico-psychologiques et auxiliaires de vie sociale – Défi-métiers, novembre 2013

¹⁵ Diagnostic emploi formation relatif aux aides-soignants, aides médico-psychologiques et auxiliaires de vie sociale – Défi-métiers, novembre 2013

Bien que les aides- soignants travaillent de façon assez homogène sur l'espace francilien, leurs lieux de résidence se situent principalement en Seine-et-Marne, Seine-Saint-Denis et Val-de-Marne.¹⁶

Au sujet de l'emploi, l'étude de Défi-Métiers de novembre 2013¹¹ indique :

- une forte atténuation des difficultés de recrutement observées il y a cinq ou six années dans les domaines de la santé ou de l'hébergement pour personnes en situation de handicap ;
- des difficultés de recrutement persistantes dans les domaines liés aux personnes âgées en perte d'autonomie (Ehpad et aide à domicile).

Les domaines liés aux personnes âgées en perte d'autonomie subissent un manque d'attractivité net. Cette situation amène à des tensions sur le marché du travail, augmentant le *turn-over* des professionnels et leur charge de travail. **Un important travail sur l'attractivité de ces filières est donc à effectuer, d'autant qu'une croissance des besoins en emploi dans le secteur est à prévoir (cf. Focus sur les infirmiers).**

En outre, les aides-soignants préfèrent souvent le secteur de l'hospitalisation qui bénéficie d'une meilleure reconnaissance professionnelle et offre une possibilité de promotion professionnelle vers le métier d'infirmier.

Les possibilités d'évolution de carrière s'orientent principalement vers le diplôme d'Etat d'infirmier. La validation des acquis de l'expérience (VAE), même partielle, n'existant pas pour cette voie, les aides-soignants intéressés doivent suivre l'ensemble de la formation d'infirmier. Il faut ainsi noter que ces évolutions sont rares : sur plus de 5000 inscrits à la formation du diplôme d'Etat d'infirmier, environ 500 sont titulaires d'un DEAS soit 1 % des effectifs aides-soignants en poste. L'acquisition de ce diplôme de niveau III demande un investissement personnel de la part des salariés très important, rendant la concrétisation des aspirations souvent difficile.

Propositions

- Améliorer le parcours d'orientation des futurs professionnels :
- Mener un travail sur l'attractivité des emplois liés aux personnes âgées en perte d'autonomie.

B – Infirmier

1. La formation

a. Les écoles et les étudiants

¹⁶ INSEE – Recensement de la population 2010.

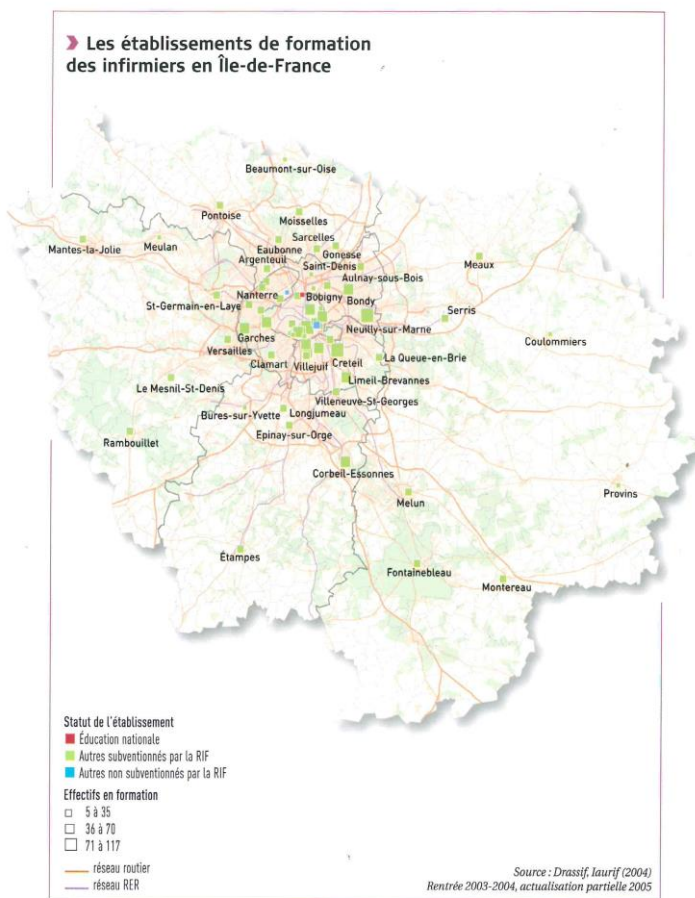
La formation d'infirmier dure 3 ans, pendant lesquels les étudiants suivent des cours théoriques et pratiques au sein de stages hospitaliers. L'obtention du Diplôme d'Etat d'infirmier (DEI) clôt cette formation.

Il existe, en Ile-de-France, 62 IFSI (Instituts de formation en soins infirmiers) :

- 49 implantés et rattachés à des centres hospitaliers publics, dont 17 dans les sites de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (APHP) ;
- 7 dans des hôpitaux ESPIC (Etablissement de santé privé d'intérêt collectif) ;
- 6 rattachés à des structures à caractère associatif (type Croix-Rouge).

Les établissements sont répartis sur tout l'espace régional. Leur implantation est historique, souvent ancienne. Ils sont pour la grande majorité adossés à des hôpitaux publics qui leur offrent l'essentiel des lieux de stages professionnels.

Il est nécessaire de souligner la **vétusté** d'une grande partie des IFSI. Il en résulte des conditions de formation détériorées et nuisant à la réussite des étudiants. Les établissements ne sont souvent plus conformes, à la fois en terme de sécurité et d'accueil de personnes en situation de handicap. Comme détaillé dans la partie II sur les dépenses d'investissement dans les établissements, cette situation ne peut perdurer : **le Conseil régional doit agir en urgence sur le sujet**, notamment sur les questions de sécurité des bâtiments.



Concernant les étudiants en formation :

- l'Etat fixe le quota régional théorique de formation. Ce quota est stable depuis plusieurs années à 6540 places, après de fortes hausses au début des années 2000 ;
- le Conseil régional, après avis de l'ARS, répartit ensuite entre les différents sites ce quota théorique régional, afin de déterminer les capacités de formation de chaque institut. Les places offertes sont inférieures au quota théorique : en 2013, le nombre de places réellement offertes était de 6059 ;
- le taux de remplissage est globalement bon : en 2013, 90 % des places offertes étaient pourvues.

Des places restent donc non pourvues (alors même que le Conseil régional a fait le choix d'ouvrir moins de places que le quota fixé par l'Etat). Au vu de ces données, la gestion prévisionnelle de la capacité de formation des IFSI semble avoir été bien gérée par le Conseil régional.

Cette situation laisse toutefois transparaitre un léger manque d'attractivité de la formation : davantage de professionnels pourraient être formés, en conformité avec la planification nationale.

La question de l'attractivité de la formation a également été posée par certains établissements qui ont fait part de difficultés à remplir leurs places de formation. L'APHP en particulier fait face à des taux de désistement notables, et demande depuis quelques années une diminution de ses capacités de formation.

Plusieurs auditionnés, et en particulier les organisations étudiantes, ont fait part de leurs **critiques vis à vis de la répartition du quota par le conseil régional** : ce dernier verrait les IFSI comme vecteur d'attractivité des territoires, en répartissant les places en fonction des besoins de dynamisation des territoires régionaux. On observe ainsi parfois un manque de cohérence entre le nombre de places de formation et les besoins en emploi du territoire. Cette situation peut mener à des inadéquations avec les besoins en emploi à la sortie des études, entraînant de fortes mobilités post-formation, pouvant être extrarégionales. En cela, l'avis de l'ARS Ile-de-France sur la répartition des quotas, en fonction des besoins en santé de chaque territoire, est capital parce que le plus pertinent.

b. L'évolution des études

Depuis la rentrée 2009, « **l'universitarisation** » de la formation infirmière a provoqué des changements majeurs. La formation est désormais reconnue au grade licence, et une partie des enseignements théoriques est prodiguée par des enseignants universitaires. Tous les IFSI ont ainsi été amenés à signer des conventions tripartites avec le Conseil régional et une université.

Cette universitarisation accompagne un changement majeur, celui de la reconnaissance des étudiants infirmiers comme des étudiants de plein droit, et non plus des « élèves en formation professionnelle ». Reconnaissance demandée de longue date par les différentes organisations étudiantes, et saluée par les étudiants. Le chemin n'est toutefois pas terminé, et les organisations étudiantes maintiennent des revendications fortes¹⁷ :

- améliorer la pédagogie dans la formation, en diminuant au maximum les enseignements à distance par visioconférence sans interactivité ;
- finaliser l'intégration universitaire des étudiants en IFSI, en permettant un accès plein et entier aux formations de deuxième et troisième cycles, aux services universitaires et à la démocratie universitaire ;
- modifier la gouvernance des instituts de formation, héritée de la gouvernance hospitalière¹⁸.

Revers de cette universitarisation, les étudiants en formation professionnelle semblent pour le moment avoir plus de peine à valider la formation. Un travail doit être effectué sur le sujet afin de permettre à la formation professionnelle de conserver une place de choix dans la formation des infirmiers : un accompagnement adapté au cours de la première année de formation serait une première étape.

Pour s'adapter à ces mutations, les IFSI vont devoir évoluer dans leur organisation, à plus ou moins long terme. Ce sujet ne concerne pas directement la Région Ile-de-France puisqu'il dépend principalement de l'organisation propre des instituts ou des hôpitaux. Cependant, les réorganisations auront un impact évident sur la répartition territoriale des instituts, leur attractivité

¹⁷ Dossier de presse - Formations Sanitaires et Sociales, être étudiant et payer le désinvestissement de l'Etat ; ANEP, ANESF, FNEK, FNEI, UNAEF ; octobre 2015

¹⁸ Je veux que ma voix compte, Réformons la gouvernance des Instituts de formation paramédicaux - FNEI, février 15

et la qualité de la formation fournie. Ainsi, **sont proposées en annexe 4, trois propositions inspirées des travaux de l'ANdEP** (Association nationale des directeurs d'école paramédicale)¹⁹.

2. La vie professionnelle

a. Les effectifs

Fin 2014, on recensait 98 500 infirmiers en Ile-de-France pour 600 000 en France métropolitaine, soit 16,5 % de l'effectif national.

Les effectifs sont en augmentation constante depuis 2008 (au niveau régional + 23,6 % et national + 25,8 %). La croissance des effectifs est particulièrement soutenue depuis 2012 : alors que l'augmentation annuelle de l'effectif francilien des infirmiers se situait entre 2 200 et 2 500, au cours des années 2010 à 2012, elle a atteint 4 200, en 2013 et en 2014.

En conséquence, la densité régionale augmente depuis quelques années mais reste toutefois sensiblement inférieure à la densité nationale (822 pour 100 000 habitants en Ile-de-France contre 943 pour 100 000 habitants dans le reste du territoire).

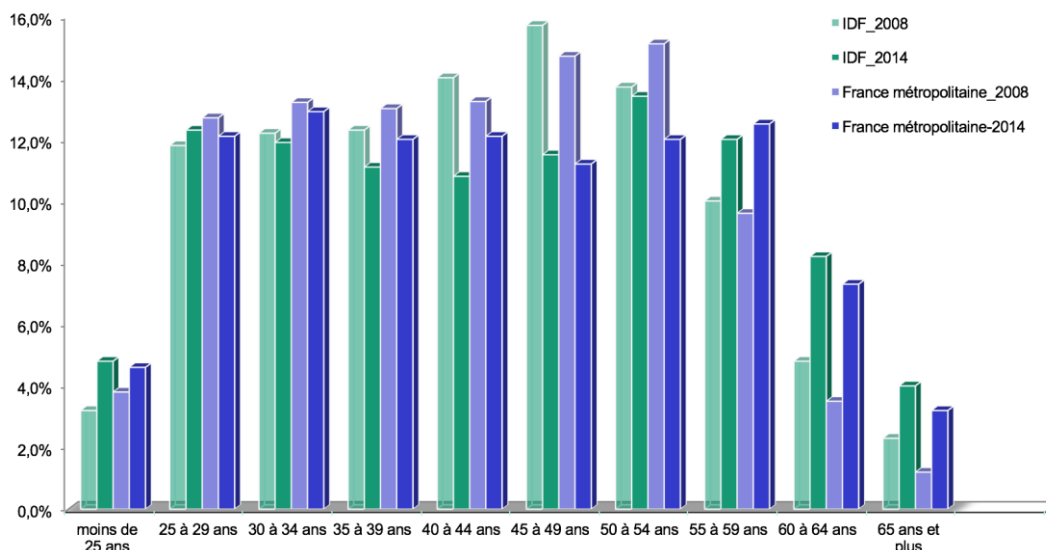
Les infirmiers franciliens exercent majoritairement en institution (hôpital, clinique, établissement médico-social), le mode salarié étant plus représenté en Ile-de-France qu'au plan national (75,4 % contre 67,5 %). Cependant, entre 2008 et 2014, les effectifs des infirmiers libéraux ou mixtes ont augmenté beaucoup plus vite (+ 40 % en France métropolitaine et + 30 % en Ile-de-France) que ceux des salariés hospitaliers (+ 19 % en moyenne).

En région Ile-de-France, **la part des infirmiers avec un exercice de ville demeure près de deux fois moins importante qu'au niveau national** (9,1 % contre 16,5 %). Cette observation constitue une hypothèque majeure à la mise en œuvre de la politique de « virage ambulatoire » voulue par les autorités de santé (hypothèque dont l'effet se potentialise par le constat du déclin démographique de la médecine générale de ville). Un travail sur l'attractivité de l'exercice de ville et de l'exercice extra-hospitalier, doit être mené par le Conseil régional et l'Agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France, en lien avec la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France (CRAMIF). Les densités d'installation des infirmiers(es) libéraux(ales) - cf. annexe 5 - traduisent, pour chacun des départements franciliens, cette situation.

Concernant l'analyse de l'effectif en activité, on observe une progression sensible de la part des infirmiers les plus jeunes et de celle des plus âgés :

- la part des infirmiers de moins de 35 ans représente près de 30 % et l'effectif ;
- la part des infirmiers de plus de 55 ans représente 24 % de l'effectif ;
- le nombre d'infirmiers de plus de 60 ans a doublé entre 2008 et 2014, ce qui induit, à court terme, un fort besoin de renouvellement générationnel (entre 15 000 et 20 000 agents d'ici 2020).

¹⁹ Formation aux métiers de la santé : défis et perspectives pour une incontournable évolution ; ANdEP ; 2016



Répartition des effectifs d'infirmiers par tranches d'âges en Ile-de-France et France métropolitaine en 2008 et 2014 – ARS Ile-de-France, janv. 2015

Comme toujours en Ile-de-France, les statistiques globales masquent d'importantes disparités infra régionales : Paris, les Hauts-de-Seine et le Val-de-Marne concentrent plus de la moitié des effectifs et présentent, tous modes d'exercice confondus, des densités départementales satisfaisantes.

A l'inverse, la Seine-Saint-Denis, la Seine-et-Marne, l'Est du Val-d'Oise présentent des densités bien plus faibles que celles des régions limitrophes.

Paris concentre 35 % des infirmiers avec une densité nettement supérieure à la densité régionale et nationale, même si depuis 2008 l'augmentation des effectifs se réduit sensiblement. Cette situation est à nuancer puisqu'elle peut partiellement s'expliquer par la concentration des structures hospitalières dans la capitale.

b. L'emploi, aujourd'hui et demain

Les taux d'emploi infirmier sont aujourd'hui excellents, avec un quasi plein emploi rapporté ces dernières années²⁰. Si l'on se projette à l'horizon 2022, plusieurs études institutionnelles indiquent que le métier d'infirmier bénéficie de perspectives d'emploi très favorables²¹. Quel que soit le scénario macro-économique retenu pour l'avenir, et malgré les contraintes pesant sur les dépenses et sur l'emploi public, tout laisse à penser que la forte dynamique du métier d'infirmier, connue depuis les trente dernières années, va se poursuivre, « soutenue par l'augmentation et le vieillissement de la population, le développement des soins à domicile, une plus grande attention portée à la santé et au bien-être et des attentes croissantes dans ce domaine, en lien avec l'innovation technico-médicale ».

En plus des postes à pourvoir pour remplacer les départs de fin de carrière, le rapport de France stratégie – Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) évalue, selon le scénario central qu'il retient, à plus de 92 000 le nombre d'emplois d'infirmiers qui seront créés d'ici à 2022. La part des besoins de l'Ile-de-France est aisément estimable puisque celle-ci représente 16,5 % de l'effectif national.

²⁰ Les sept premières années de carrière des infirmiers diplômés en 1998 – DREES, Décembre 2008

²¹ Les métiers en 2022 – France stratégie – DARES, Avril 2015

**Tableau 1 – Départs en fin de carrière et postes à pourvoir à l'horizon 2022
selon le scénario central**

En milliers

Famille professionnelle	Effectif 2022	Postes à pourvoir 2012-2022	dont		Postes à pourvoir annuellement (en %)
			créations nettes d'emplois	départs en fin de carrière	
Aides-soignants et assimilés	682	233	103	130	3,7
Infirmiers	639	219	92	127	3,7
Médecins et assimilés	354	80	-22	102	2,2
Professions paramédicales (hors infirmiers)	464	134	63	71	3,1
Prof. de l'action sociale et de l'orientation	357	110	38	72	3,2
Prof. de l'action culturelle et sportive, surveillants	389	77	29	48	2,0
Ensemble du domaine	2 887	852	303	549	3,1
<i>Ensemble des métiers</i>	<i>27 582</i>	<i>7 966</i>	<i>1 774</i>	<i>6 192</i>	<i>3,0</i>

Lecture : selon le scénario central, dans les professions paramédicales (hors infirmiers), 63 000 créations nettes d'emplois additionnées à 71 000 départs en fin de carrière pourraient constituer, sur la période 2012-2022, 134 000 postes à pourvoir, ce qui représenterait chaque année 3,1 % des effectifs de la famille professionnelle. Les professions médicales (médecins et assimilés) perdraient dans leur ensemble 22 000 emplois et compteraient 102 000 départs en fin de carrière. Au total, 80 000 postes seraient donc à pourvoir dans ces métiers (102 000 – 22 000), soit un nombre inférieur à celui des départs en fin de carrière.

Source : *projections France Stratégie-Dares, scénario central*

Une étude de l'INSEE Ile-de-France de juillet 2012²² estime que, d'ici à 2020, 48 000 Franciliens supplémentaires de 60 ans et plus pourraient être confrontés à la perte d'autonomie psychique ou physique (dont les trois quarts seraient âgés de 75 ans et plus). En 2020, sur 10 Franciliens dépendants de plus de 75 ans, 4 seulement résideraient en institution, d'où une forte progression des personnes âgées dépendantes à domicile. Cette progression du maintien à domicile serait faible à Paris (+ 10 %), forte en petite couronne (+ 55 %) et très forte en grande couronne (+ 92 %).

Ainsi, le seul effet du vieillissement de la population francilienne (horizon proche de 2020) pourrait nécessiter une création nette d'emplois liée à la dépendance de plus de 23 100 emplois dont 13 000 personnels d'aide à la vie quotidienne (aides ménagères, auxiliaires de vie) de 4 800 infirmiers et 2 300 aides-soignants :

²² Dépendance des personnes âgées en Ile-de-France : un tiers d'emplois supplémentaires d'ici 2020 - INSEE Ile-de-France, juillet 2012

 **35 % des nouveaux emplois liés à la dépendance seraient des postes de personnels soignants**

Catégorie de personnel	Evolution entre 2008 et 2020		Répartition des emplois (en %)	
	Emplois créés	En %	Emplois créés	En 2008
Personnel d'aide à la vie quotidienne :	13 200	36,6	57,1	48,1
- aides ménagères, aides à domicile, auxiliaires de vie	12 100	50,0	52,4	32,2
- agents de service et agents d'entretien	900	9,1	3,9	12,8
- personnel éducatif, social et d'animation	200	9,1	0,8	3,1
Personnel soignant :	8 000	28,3	34,6	37,7
- infirmier(ère)s	4 800	38,5	20,8	16,5
- autres personnels médicaux et paramédicaux	900	29,8	3,9	4,1
- aides-soignants	2 300	18,1	9,9	17,1
Autres (assistante sociale, éducateur spécialisé, psychologue, psychomotricien)	1 100	43,9	4,8	3,3
Personnel des services généraux	500	9,3	2,2	7,1
Personnel administratif	300	9,2	1,3	3,8
Emplois liés à la dépendance des personnes âgées créés entre 2008 et 2020	23 100	30,7	100,0	100,0

Lecture : les aides-soignants occupent 17,1 % des emplois liés à la dépendance des personnes âgées en 2008 ; leur effectif augmenterait de 18,1 % d'ici 2020, mais seulement 9,9 % des emplois créés d'ici 2020 leur seraient consacrés.

Source : Insee ; Enquête Handicaps-Santé 2008-2009 ; Projection Omphale 2010

Dépendance des personnes âgées en Ile-de-France : un tiers d'emplois supplémentaires d'ici 2020 - INSEE Ile-de-France, juillet 2012

Toutefois, différents travaux montrent que la situation actuelle a tendance à changer et pourrait s'éloigner des simulations, avec un paradoxe : alors qu'il existe un besoin réel d'infirmiers dans de nombreux territoires, une partie des professionnels (surtout les plus jeunes) se trouve en situation d'emploi précaire²³. Les secteurs qui recrutent le plus, la psychiatrie et la gériatrie/les EHPAD sont aussi ceux qui attirent le moins les jeunes professionnels, soit par manque de formation soit par manque de moyens alloués à la réalisation du travail ou par l'insuffisance de valorisation de ces secteurs aux yeux des jeunes professionnels.

L'introduction de « **pratiques avancées** » dans la profession, permettant aux infirmiers de développer leurs compétences dans certains domaines précis, pourrait aider à améliorer l'adéquation entre la formation et les besoins en emploi. Ces nouvelles pratiques permettraient d'optimiser le système de santé, en développant les collaborations avec les autres professionnels de santé et en donnant de nouvelles compétences aux infirmiers. L'ARS Ile-de-France travaille activement sur le sujet, notamment avec le projet de Préfiguration des infirmiers cliniciens spécialisés (PrefICS) lancé en 2014. La nouvelle loi de santé²⁴ a officiellement créé ces infirmiers de pratiques avancées, toutefois, les décrets d'application ne sont pas encore publiés.

Un défi de taille, à prendre en compte pour l'évaluation des effectifs à moyen terme des professionnels de soins, concerne « la bascule ambulatoire » confirmée par le programme régional de santé de l'ARS Ile-de-France. Elle implique une prise en charge plus globale, transversale et personnalisée des patients avec mise en œuvre d'un parcours coordonné de soins, alternant des séjours médicalisés au domicile (notamment pour les maladies chroniques) et des séjours à l'hôpital, en établissement de soins de suite et de réadaptation, ou établissement médico-social.

Cette profonde mutation nécessitera, en plus des savoirs techniques propres à chaque profession, l'acquisition de nouvelles aptitudes au travail en équipe, à la relation, à la maîtrise des outils de transmission de l'information. Elle obligera à une sensible adaptation des contenus de formation (modules théoriques et surtout stages pratiques).

²³ Difficultés d'insertion professionnelle et précarisation de l'emploi, De la formation à l'organisation du système de santé - FNESI, juin 2014

²⁴ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Par ailleurs, l'appareil de soins, jusqu'alors fortement « hospitalo-centré », devra être réorienté et restructuré par la création de places d'HAD (hospitalisation à domicile), de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et par un développement de la prise en charge par les professionnels de ville.

Propositions

- Encourager les ministères en charge de la santé, de l'éducation et de l'enseignement supérieur, ainsi que l'ARS Ile-de-France, à travailler sur la répartition et l'attractivité de la formation d'infirmier ;
- Mener à terme « l'universitarisation » de la formation infirmière :
 - o améliorer la pédagogie ;
 - o intégrer pleinement les étudiants à l'université ;
- Accompagner l'évolution du système de santé, en encourageant :
 - o l'installation d'infirmiers en ville et dans des structures médico-sociales ;
 - o les pratiques avancées et les nouvelles coopérations entre professionnels de santé.

C – Masseur-kinésithérapeute

1. La formation

La formation de masseur-kinésithérapeute est en pleine réingénierie. Depuis la rentrée 2015²⁵, la durée de formation en institut est passée de 3 à 4 années, au terme desquelles est délivré le diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute.

Ces 4 années de formation font suite à une année universitaire, qui peut être selon les instituts et dans la limite des places autorisées :

- la première année commune aux études de santé (PACES) ;
- la première année de licence en sciences mention « sciences et techniques des activités physiques et sportives » (STAPS) ;
- une première année de licence dans le domaine sciences, technologies, santé.

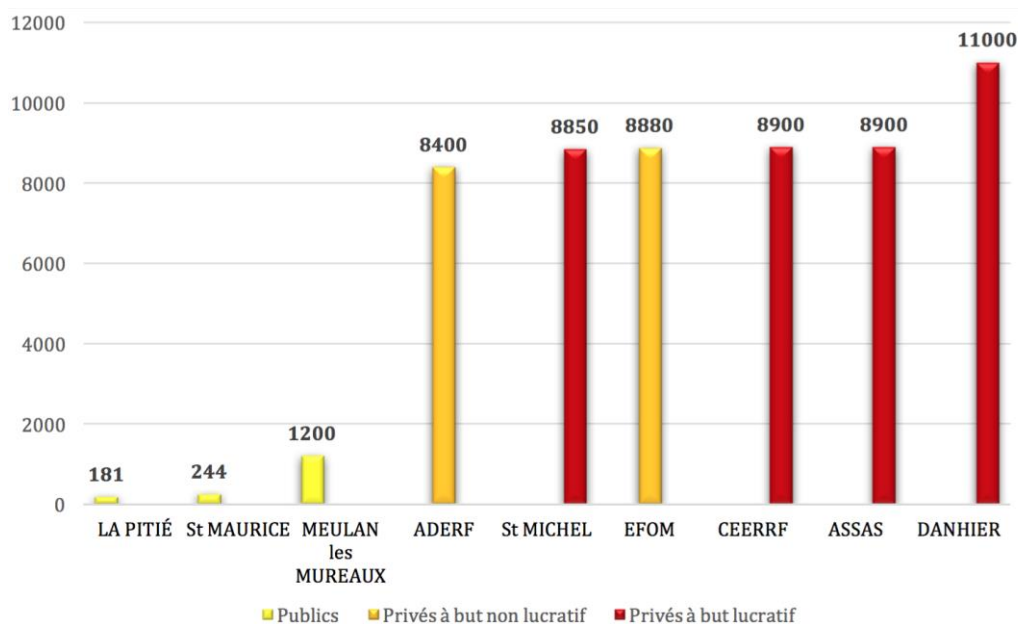
Ces nouvelles dispositions font donc passer les études de masseur-kinésithérapeute à cinq années, et modifient profondément le recrutement des étudiants en supprimant le recrutement sur concours « PCB (Physique Chimie Biologie) ». Celles-ci devraient modifier le profil des étudiants et leur bassin de recrutement, puisque les étudiants entrant en institut seront désormais majoritairement des étudiants d'universités de la région (jusqu'alors, 50 % des étudiants avaient obtenu leur baccalauréat dans une autre région).

Il existe aujourd'hui, en Ile-de-France, 11 instituts de formation en masso-kinésithérapie (IFMK), dont deux réservés à la formation d'étudiants malvoyants ou aveugles (IFMKDV). Six sont situés à Paris, un à Villejuif, un à Saint-Denis, un à Saint-Ouen, un à Saint-Maurice et un à Meulan-Les Mureaux (ouvert en septembre 2015).

Les statuts de ces IFMK sont variables : 3 ont un statut public, 4 ont un statut privé à but non lucratif et 4 ont un statut privé à but lucratif. **En 2015-2016, les frais de scolarité variaient de**

²⁵ Arrêté et Décret du 2 septembre 2015 relatifs au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute

183 € dans les instituts publics à 11 000 € dans certains instituts privés²⁶, pour une moyenne régionale de 6286€ par an.



*Frais d'inscription, en €, en première année d'IFMK en Ile-de-France en 2015-2016(hors IFMKDV)
source FNEK*

Les montants de ces frais d'inscription représentent un problème majeur pour les étudiants, qui sont contraints de contracter des prêts bancaires pour payer leurs études, ou bénéficient d'aides financières importantes de leurs parents. A ce titre, plus de 50 % des étudiants en première année de masso-kinésithérapie en 2012 avaient un père « cadre ou profession intellectuelle supérieure » (cette proportion est de 24 % parmi l'ensemble des inscrits en première année d'un diplôme d'Etat du secteur sanitaire).

En 2016, le quota de formation (hors IFMKDV) était de 600 places, 100 % des places étant pourvues. Ces dernières années, les places nouvellement ouvertes ont été quasi-exclusivement orientées par le Conseil régional vers les instituts privés, qui ne sont pas subventionnés et ne demandent donc pas d'augmentation du budget régional en fonctionnement. **Mais plusieurs auditions et rapports mettent en avant l'effet pervers de sous-financement régional** : les diplômés des écoles privées ont de plus en plus d'exigences à leur sortie des études, notamment en ce qui concerne leur rémunération. Il en ressort des dépassements d'honoraires importants dans les cabinets libéraux, pouvant conduire à des difficultés d'accès aux soins et à une faible attractivité de l'exercice hospitalier.

Le développement de l'offre de formation publique est donc une nécessité absolue afin de rééquilibrer la situation et de permettre l'accès du plus grand monde aux études de masso-kinésithérapie. Ce développement pourrait prendre la forme de la création d'antennes aux instituts de formation publics existants, ou bien la création d'une école régionale publique de formation.

²⁶ Dossier Coût des Etudes en Kinésithérapie, édition 2013-2014 – FNEK, septembre 2013 + données actualisées fournies par l'association

2. La vie professionnelle

En 2014, on recense, en Ile-de-France, 13 629 masseurs-kinésithérapeute (MK) soit 17,5 % de l'effectif national. La densité régionale est inférieure à la densité nationale : en 2014, on dénombre 112 MK pour 100 000 habitants en Ile-de-France contre 123 MK en France métropolitaine (données ARS IdF).



Source : Les diplômes d'Etat de la rééducation en Ile-de-France : de nouveaux enjeux emploi-formation – rapport d'étude – Défi métiers, décembre 2014

Un fait nouveau et spécifique, souligné par le Conseil de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, est l'augmentation des installations de professionnels à diplôme européen et ayant obtenu l'équivalence avec le diplôme français (compétence DRJSCS). En 2013, la DRJSCS d'Ile-de-France a délivré 99 autorisations d'exercice à des masseurs-kinésithérapeutes diplômés dans un autre pays européen.

L'insertion professionnelle des diplômés est excellente, avec des taux d'insertion supérieurs à 90 % un an après l'obtention du diplôme (enquête insertion Défi-métiers – Conseil régional d'Ile-de-France, décembre 2014).

Les masseurs-kinésithérapeutes ont un exercice majoritairement libéral à plus de 76 %, même si l'on constate une progression de l'effectif des salariés hospitaliers dans la région entre 2008 et 2014 (+ 13,5 % pour les salariés contre + 7 % pour les libéraux). La part de l'exercice libéral a donc relativement diminué de 2008 à 2014. Le tableau, reproduit en annexe 6,

exprime, par département, l'évolution de la démographie des masseurs-kinésithérapeutes libéraux de 2012 à 2014.

Il n'empêche qu'il existe depuis 5 ans une pénurie de personnel masseurs-kinésithérapeutes dans les hôpitaux (de court et moyen séjour) et dans les établissements médico-sociaux franciliens, que le recours à des professionnels venus de l'étranger ne parvient pas à combler.

Ce manque d'attractivité du secteur hospitalier, entraînant des situations très difficiles, résulte avant tout de l'écart de rémunération entre le statut de salarié et de libéral. Cette différence de rémunération prend d'autant plus d'importance en Ile-de-France avec l'endettement des étudiants (lié au coût des études) et avec le coût des loyers. A l'hôpital, le salaire des professionnels de la rééducation en début de carrière est de 1 300 euros net (comme les infirmiers), alors que le revenu moyen en libéral au niveau national en 2013 pour les masseurs-kinésithérapeutes était de 3 500 euros net par an (charges déduites)²⁷.

La diminution des frais de scolarité et la réévaluation des salaires hospitaliers doivent aider à augmenter l'attrait de l'exercice hospitalier. D'autres pistes peuvent également être intéressantes : développer la recherche, augmenter les possibilités d'évolution de carrière en créant par exemple des pratiques avancées comme chez les infirmiers, développer les possibilités d'exercices mixtes hospitalier/libéral...

Dans l'exercice de ville, la situation est, quant à elle, rapportée comme critique, de nombreux professionnels peinent à répondre à la demande de soins. Cette situation risque de s'aggraver, avec l'augmentation de la prise en charge ambulatoire des patients, nécessitant souvent un masseur-kinésithérapeute en ville, et avec la tendance à la diminution du nombre de patients vus par masseur-kinésithérapeute : en effet, les MK libéraux sembleraient travailler moins longtemps et consacrer plus de temps par patient²⁸.

La situation est donc claire : il existe un manque de masseurs-kinésithérapeutes dans la région Ile-de-France. La nécessité d'augmenter le nombre de places en formation est criante. Il est nécessaire d'établir un plan d'accroissement progressif du nombre de places de formation afin de permettre à la région d'absorber sereinement l'augmentation des effectifs²⁹. Il semble évidemment nécessaire de flécher ces nouvelles places de formation vers des établissements publics, au vu des éléments de contexte précédemment présentés.

Propositions

- Effectuer un état des lieux officiel des frais d'inscription des établissements de formation en masso-kinésithérapie, et établir des critères d'agrément limitant les abus ;
- Augmenter le nombre de places de formation dans les IFMK, au bénéfice des établissements de formation publique, avec la création d'un ou plusieurs nouveaux établissements publics ;
- Travailler à l'augmentation de l'attractivité de l'exercice hospitalier, avec les différentes parties prenantes.

²⁷ Les diplômes d'Etat de la rééducation en Ile-de-France : de nouveaux enjeux emploi-formation – Défi-métiers, décembre 2014

²⁸ Les diplômes d'Etat de la rééducation en Ile-de-France : de nouveaux enjeux emploi-formation – Défi-métiers, décembre 2014

²⁹ Les diplômes d'Etat de la rééducation en Ile-de-France : de nouveaux enjeux emploi-formation – Défi-métiers, décembre 2014

D - Assistant de service social, éducateur spécialisé, conseiller en économie sociale et familiale

1. La formation

Les diplômes d'Etat d'Assistant de service social (DEASS), d'Éducateur spécialisé (DEES) et de Conseiller en économie sociale et familiale (DECESF) sont trois diplômes de niveau III accessibles en trois années de formation post-baccalauréat. Ils constituent la majorité des diplômés de niveau III du travail social.

On note, comme pour le reste des formations en travail social, un émiettement important de l'appareil de formation. Sur les 91 sites de formation en travail social que compte la région, une trentaine de sites propose une formation à un de ces trois diplômes.

Les auditions ont mis en avant les difficultés des centres de formation à recruter, avec des situations qualifiées « d'absolument dramatiques » de quotas non remplis dans certains IRTS (institut régional en travail social), particulièrement pour la formation d'Assistant de service social. Les données fournies par le conseil régional sont les suivantes pour 2014 :

- 70 % de remplissage pour le DEASS (- 22 % entre 2006 et 2014) ;
- 77 % de remplissage pour le DEES (- 4 % entre 2006 et 2014) ;
- 73 % de remplissage pour le DECESF (+ 24 % entre 2006 et 2014).

Les formations d'assistant de service social (ASS) et d'éducateur spécialisé (ES) peinent donc à recruter, souffrant d'un manque d'attractivité. Les jeunes regrettent souvent le manque de visibilité sur l'avenir professionnel offert par ces formations, ainsi que le manque de valorisation du métier. Il est essentiel de ne pas diminuer drastiquement les quotas de formation, ce qui serait un signe négatif vis-à-vis des candidats et empêcherait le développement futur de ces formations.

Les auditions ont également fait ressortir :

- l'importance de **développer les terrains de stages qualifiants**, à la fois dans le privé et dans le public ;
- la nécessité d'agir auprès des établissements et de leurs équipes pédagogiques pour **actualiser les formations**, afin de fournir aux étudiants un outillage professionnel robuste, adapté à la réalité francilienne d'aujourd'hui ;
- l'intérêt de **développer le travail en réseau**, décloisonner pour apprendre à travailler en équipe, entre professionnels du sanitaire, du médico-social et du social.

Ce constat se retrouve au niveau national depuis déjà quelques années. C'est pourquoi un plan de valorisation du travail social a été établi dans le cadre des « états généraux du travail social » entamés en 2013 par le gouvernement.

Les rapports des groupes de travail nationaux ont été remis aux ministres en février 2015. Le rapport « formation initiale et continue » est particulièrement intéressant³⁰. Le Conseil régional d'Ile-de-France doit faire siennes ces propositions qui demandent une implication régionale. On pourra ainsi assister, dans le cadre du schéma régional des formations sanitaires et sociales, à des évolutions majeures :

³⁰ Etats généraux du travail social – Rapport du groupe de travail Formation initiale et formation continue - Février 2015

- établissement d'un cahier des charges sur la qualité de l'offre de formation, encourageant les réflexions sur les nécessaires réorganisations du système de formation ;
- encouragement de la formation continue et tout au long de la vie, afin de répondre aux besoins de professionnalisation des salariés face aux nouvelles réglementations et aux changements de leur cadre de travail ;
- encouragement de l'accueil d'apprentis, en établissant un mécanisme d'aide aux employeurs non assujettis à la taxe d'apprentissage. Le développement de l'apprentissage est particulièrement adapté dans les formations en travail social, celui-ci mériterait d'être davantage développé.

En octobre 2015 a été présenté, en Conseil des ministres, le « Plan d'action en faveur du travail social et du développement social »³¹, premier en la matière. Ce plan d'action regroupe de nombreuses mesures, en ce qui concerne la formation :

- *systématiser les passerelles entre diplômés d'État du travail social et formations universitaires par le biais de textes réglementaires* ; mesure qui devrait amener un conventionnement entre les centres de formation et les universités ;
- *renforcer la qualité de l'appareil de formation et son autonomie pour la délivrance des diplômes d'État*, incluant en particulier deux actions :
 - o *élaborer un cahier des charges partagé État-région sur la qualité de l'offre de formation en travail social, fixant les exigences de qualité attendues de la part des établissements de formation, puis modifier le décret relatif à l'agrément des établissements de formation* ;
 - o *conduire un audit des modalités d'admissions dans les formations sociales, préciser et partager les objectifs et finalités des épreuves à l'entrée en formation* ;
- *proposer une nouvelle organisation des stages conciliant le principe de l'alternance intégrative avec les équivalences universitaires* ;
- *développer l'apprentissage et le contrat de professionnalisation* ;
- *définir avec les partenaires sociaux du public et du privé, les priorités nationales pour la formation continue et la formation en alternance*.

Ces différentes mesures nécessaires pour dynamiser les formations en travail social, vont demander la pleine collaboration du Conseil régional pour leur mise en application. Le

Une dernière question en suspens est celle de la réforme des diplômes. Il a été proposé par la Commission professionnelle consultative (CPC) du travail social et de l'intervention sociale une logique d'un diplôme unique par niveau, entraînant par exemple la fusion des diplômes d'assistant de service social, éducateur spécialisé, conseiller en économie sociale et familial en un diplôme unique d'intervenant social. Face à l'opposition de nombreux professionnels du secteur, cette réforme est pour le moment en attente mais il est acté par le plan d'action que la réingénierie de ces diplômes leur confèrera un grade universitaire correspondant à leur niveau (licence en l'occurrence).

2. La vie professionnelle

Au niveau national, on décompte près de 40 000 ASS, 13 000 CESF et plus de 53 000 ES. On dispose de très peu de données chiffrées régionales récentes sur ces trois professions. Ce manque témoigne de l'absence de priorité politique accordée à ces métiers, les outils d'observation régionaux s'intéressant principalement au domaine sanitaire.

³¹ Plan d'action en faveur du travail social et du développement social - États généraux du travail social (EGTS) - Conseil des ministres du 21/10/2015

Les politiques de recrutement de ces professionnels complexifient la situation, puisqu'il est de plus en plus fréquent de trouver des postes ouverts à la fois pour les ASS ou les ES, sans distinction.

Il est nécessaire de signaler le poids des conseils départementaux dans l'emploi des professionnels du domaine social. Les Départements sont les premiers employeurs pour ces métiers, soit directement soit par des associations. Les baisses de dotation de ces collectivités sont inquiétantes pour les recrutements à venir.

L'annonce gouvernementale (octobre 2015) du reclassement en catégorie A à partir de 2018, « à l'issue de la phase de réingénierie des diplômés et en reconnaissance de la redéfinition des missions », des travailleurs sociaux de niveau III de la fonction publique est particulièrement satisfaisante. Il faut espérer que cette meilleure reconnaissance salariale participera à augmenter l'attractivité de ces métiers.

Les métiers d'assistant social et d'éducateur spécialisé doivent faire face à de nouvelles problématiques sociales : chômage de masse, précarité de l'emploi, appauvrissement des populations, évolution des modèles familiaux, allongement de l'espérance de vie, réfugiés, radicalisation religieuse, etc. Les professionnels sont souvent peu armés face à ces évolutions et aux nouveaux besoins des populations, qui nécessitent une formation continue plus importante.

Il est important de rappeler que ces formations du travail social sont essentielles à notre vie en communauté, à l'exercice de leurs droits par l'ensemble des citoyens et à l'accompagnement des personnes en difficulté. Ces métiers ont vocation à se développer encore dans les années à venir, les inégalités sociales étant malheureusement de plus en plus importantes dans notre société. Ces métiers méritent donc l'attention particulière, et spécialement celle de la Région Ile-de-France.

Propositions

- Appliquer, au plus vite, les préconisations du « Plan d'action en faveur du travail social et du développement social », afin d'endiguer les difficultés de recrutement des écoles de formation ;
- Développer les terrains de stage qualifiants, à la fois dans le privé et le public ;
- Agir pour réorganiser le système de formation régional, dont l'éparpillement nuit à la qualité, la pérennité et la lisibilité du dispositif.

PARTIE 2 : LES COMPETENCES REGIONALES

Depuis la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales³², un ensemble de compétences sur les formations sanitaires et sociales (FSS) a été transféré par l'Etat aux Régions.

I. Les dépenses de fonctionnement des instituts de formation

Les dépenses de fonctionnement sont liées au fonctionnement courant. Elles regroupent les frais de rémunération des personnels, les dépenses d'entretien et de fourniture, les intérêts de la dette et les frais de fonctionnement divers correspondant aux compétences de la collectivité. (INSEE)

Dans le domaine sanitaire, la région Ile-de-France a pour compétence de prendre en charge le fonctionnement des instituts de formation publics. Elle peut également, selon sa volonté, financer tout ou partie d'instituts privés. Aujourd'hui, les établissements ainsi financés en Ile-de-France sont majoritairement des instituts publics de centres hospitaliers, dans lesquels sont installées des écoles.

Dans le domaine social, la situation est assez différente puisque la région Ile-de-France a pour compétence de prendre en charge le fonctionnement de l'ensemble des instituts ayant des formations initiales agréées par la région. Il s'agit donc d'écoles agréées, principalement associatives.

Des conventions triennales d'objectifs et de moyens sont signées entre la région et les centres de formation financés. **Ces conventions déterminent les critères de financement : en pratique, les établissements sont financés en fonction du nombre d'étudiants accueillis et du type d'étudiants** (âge, statut...).

Autrement dit, pour un établissement financé en fonctionnement par la région, ce financement sera destiné à couvrir les coûts d'une partie des étudiants en formation. Il est important de faire la distinction entre le financement de la formation d'un étudiant (somme d'argent versée par la région ou un autre financeur à l'institut de formation pour couvrir les frais de fonctionnement) et les bourses d'études, versées aux étudiants sur condition de ressource (cf partie 3).

Il est ainsi instructif de s'intéresser aux proportions d'étudiants dont la formation est financée par la région, qui est un bon indicateur du taux de financement régional des formations.

Globalement, en 2013, la Région finançait les dépenses de fonctionnement pour 70 % des étudiants en formation³³. Les circuits de financement de ces formations sont complexes, ce qui altère la lisibilité de l'action régionale en la matière :

- **la grande majorité des financements régionaux se fait sur les crédits régionaux « formations sanitaires et sociales » ;**

³² Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

³³ CR IDF. Panorama 2014 des formations initiales et continues du secteur sanitaire et social. Mai 2015

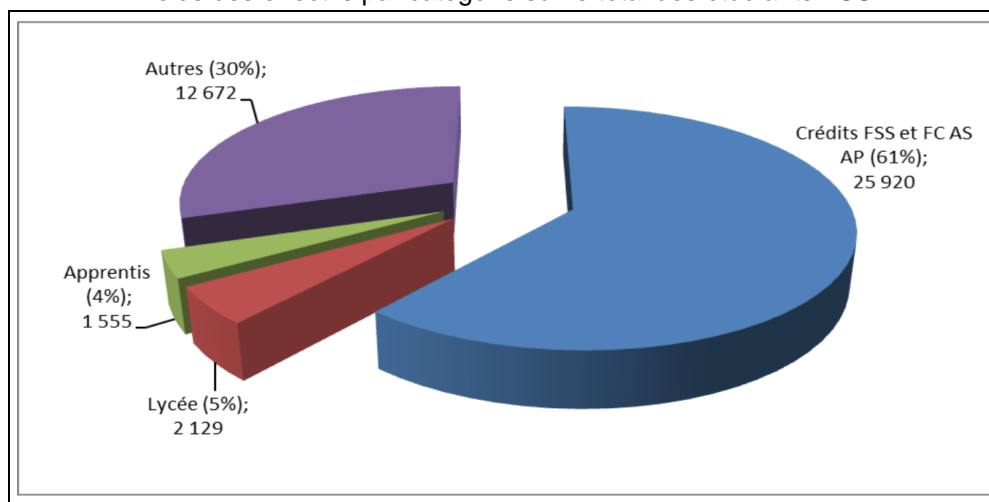
- d'autres financements régionaux complètent le dispositif, par exemple sur crédits ; formation continue pour les demandeurs d'emploi aide-soignant (AS) et assistant de puériculture (AP) (cf. 2^e partie) ou sur crédits lycée et apprentissage.

Les dépenses de fonctionnement des instituts, ne sont donc pas du tout financées par la Région Ile-de-France pour 30 % des étudiants en formation. Ces derniers sont constitués :

- de salariés en formation, financés par leurs OPCA, le FONGECIF ou leurs employeurs ;
- de demandeurs d'emploi financés par Pôle-emploi ;
- **d'étudiants non financés,**
 - o soit en formation initiale dans des centres privés du sanitaire (par exemple en masso-kinésithérapie ou auxiliaire de puériculture) ;
 - o soit en formation dans des centres financés par le Conseil Régional mais ne rentrant pas dans les grilles de prise en charge (voir, en annexe 7, la grille de prise en charge financière des études des IFSI de l'APHP).

Cette dernière catégorie d'étudiants interpelle évidemment. Alors que les instituts forment à des diplômes d'Etat, dans un domaine d'importance capitale qu'est la santé, le fonctionnement de certaines formations n'est pas du tout financé par de l'argent public. Ce désengagement public n'est pas sans poser problème dans les formations concernées, entraînant par exemple une explosion des frais d'inscription ou des modes de gouvernance opaques. De même, il semble étonnant que certains étudiants de centres de formation financés par le conseil régional doivent financer eux-mêmes leur formation, parce qu'ils ne répondent pas aux critères définis par le Conseil régional.

Poids des effectifs par catégorie sur le total des étudiants FSS



CR IDF. Panorama 2014 des formations initiales et continues du secteur sanitaire et social, page 37.
Mai 2015

Analyse des crédits régionaux « formation sanitaires et sociales »

En 2016, le budget primitif en fonctionnement est de 184,743 M€, dédié environ à 80 % au sanitaire et 20 % au social. A noter que, sur ces crédits, sont financées les bourses d'études régionales (près de 15 % du budget total, voir infra). Ce financement régional en fonctionnement est en très légère augmentation depuis 2007, l'évolution étant liée à l'augmentation des financements de bourses.

Ces crédits financent près de 26 000 étudiants sur les 40 000 étudiants en FSS de la région, la formation infirmière représentant à elle seule 60 % des étudiants financés. Cela s'explique par le nombre d'étudiants infirmiers en formation dans la région (plus de 16 000 étudiants), mais également par le fait que certaines formations sont peu ou pas du tout financées par la région, comme nous l'expliquions précédemment. Cela pose la question de l'égalité entre les étudiants et les formations sur le territoire : certaines ont la chance d'obtenir un financement public fort, d'autres non.

Il apparaît que les financements régionaux sont globalement dans la continuité de ceux de l'Etat avant la décentralisation de 2004, et dans la lignée des compensations financières fournies par l'Etat. La Région ne semble pas avoir fait le choix de financer davantage les formations, sur ses fonds propres (à part sur la question des bourses). Il y a, par conséquent, nécessité d'augmenter ce budget en fonctionnement dans les années à venir. Une telle augmentation permettra de développer l'offre de formation publique dans certaines filières (masseurs-kinésithérapeutes) et permettra d'élargir les critères de financement des étudiants en formation initiale, afin que tous les étudiants puissent bénéficier d'un financement.

Propositions

- Augmenter le budget en fonctionnement, pour permettre :
 - o l'augmentation du nombre d'étudiants formés, en fonction de la croissance des besoins sanitaires et sociaux de la région ;
 - o le développement de l'offre de formation publique dans certaines filières (masseurs-kinésithérapeutes) ;
 - o l'élargissement des critères de financement des étudiants en formation initiale, afin que tous les étudiants puissent bénéficier d'un financement.

II. Les dépenses d'investissement et d'équipement

Les dépenses d'investissement et d'équipement comprennent les dépenses directes d'investissement (acquisitions mobilières et immobilières, travaux neufs, grosses réparations), les subventions d'équipements versées, les remboursements d'emprunt et les prêts et avances accordés par la collectivité. (INSEE)

Dans le domaine sanitaire, il existe depuis la décentralisation un flou juridique sur la compétence en matière d'investissement dans les centres de formation. L'Etat n'investit plus dans les locaux, mais n'a pas transféré de crédits aux Régions pour prendre en charge ces dépenses. En attendant une compensation de l'Etat, la Région Ile-de-France a décidé de ne pas du tout financer l'investissement, en finançant uniquement certains projets d'équipement des centres de formation (une compensation a été versée par l'Etat à ce titre).

Ce statu quo, entretenu depuis dix ans, engendre des situations très difficiles. De nombreux centres de formation du domaine sanitaire sont extrêmement vétustes et non conformes. Ils nécessitent une réfection voire une reconstruction, afin de pouvoir proposer aux étudiants des conditions de travail décentes. L'appareil de formation n'est pas non plus adapté à l'accueil de personnes en situation de handicap.

Des situations immobilières très critiques ont par exemple été rapportées :

- dans les centres hospitaliers du Sud francilien, Fontainebleau, Levallois Perret et Nanterre ;
- dans certaines écoles de l'APHP ;
- dans les IFSI de Rueil Malmaison et des Diaconesses de Reuilly.

Cette problématique est bien connue de l'ensemble des acteurs, et en premier lieu du Conseil Régional qui écrit par exemple dans l'annexe au Budget Primitif 2015³⁴ : « *Par ailleurs, aucune clarification juridique n'a encore été apportée à la question de la responsabilité du financement des investissements dans les instituts de formation paramédicaux et maïeutiques. Cette problématique est d'autant plus cruciale que, pour le renouvellement des autorisations des centres de formations du sanitaire, compétence du Président du Conseil régional, se posent de sérieux problèmes au vu de la vétusté des locaux des centres concernés.* »

Si la Région Ile-de-France hésite à investir sans avoir obtenu de compensation de l'Etat ni transfert de bâti, il est impératif de mettre fin au plus vite à cette situation. Il en va du devenir de la formation publique dans la région, d'autant qu'il est impossible de planifier des restructurations d'envergure ou des constructions dans le public si la question n'est pas réglée.

Un audit indépendant des besoins en investissement doit ainsi être réalisé en urgence, et des solutions trouvées en collaboration avec l'Etat, les autres collectivités territoriales, les établissements de formation et hôpitaux concernés.

La Région doit établir des critères d'investissement clairs, par exemple, participer à hauteur d'un certain pourcentage du coût total du projet, en collaboration avec d'autres collectivités.

La Région ne peut porter à elle seule la politique d'investissement dans ces établissements.

Il est nécessaire que le Conseil régional :

- **définisse les critères et le cadre de ses interventions ;**
- **se montre actif pour promouvoir les opérations à conduire, en collaboration avec l'Etat, les établissements publics et privés de santé et les collectivités territoriales.**

Il faut désamorcer cette situation au plus vite. **La qualité de la formation actuelle, et l'adaptation à moyen et long terme de l'appareil de formation, dépendent de ce point crucial.**

Dans le domaine social, la situation est plus claire et la Région intervient prioritairement dans de la mise aux normes (incendie et accessibilité) et de l'aménagement des locaux, conformément à un audit réalisé en 2008 sur l'ensemble des centres de formation³⁵.

³⁴ Projet de Budget 2015 de la Région Ile-de-France, Annexe 13 : développement social et santé

³⁵ Projet de Budget 2015 de la Région Ile-de-France, Annexe 13 : développement social et santé

En 2016, les crédits d'investissement/équipement en autorisation de paiement dans les FSS étaient de 3,500 M€, représentant 0,6 % des crédits d'investissement dédiés à la formation.

Propositions

- Mener en urgence un audit indépendant des besoins d'investissement dans les centres de formation du sanitaire ;
- Etablir des règles claires sur le financement des investissements dans le domaine sanitaire, et sur les partenariats à mettre en œuvre (Région, hôpitaux, Etat, autres collectivités territoriales, etc.).

III. Les aides financières directes aux étudiants

1. Un régime différent de celui des autres étudiants de l'enseignement supérieur

Les étudiants en FSS sont rattachés à un régime d'exception au sein de l'enseignement supérieur : ce sont les seuls étudiants dont les bourses ne sont pas gérées et délivrées par le CNOUS (Centre national des œuvres universitaires et scolaires) et les CROUS (Centres régionaux des œuvres universitaires et scolaires).

Les bourses d'études régionales des étudiants des formations sanitaires et sociales sont gérées et délivrées par la région depuis la loi du 13 août 2004. Celles-ci sont destinées aux « étudiants en formation initiale », en excluant les lycéens, apprentis et salariés. Ces aides sociales sont délivrées sur condition de ressource, en complément des aides parentales ou des revenus propres pour les étudiants indépendants financièrement. Elles constituent une aide certaine à la démocratisation des études des formations sanitaires et sociales. Ces bourses étaient auparavant gérées et délivrées par l'Etat via la DRASS.

Un tel régime peut entraîner des discriminations territoriales importantes, puisque les régions n'ont pas pour obligation de suivre le niveau des bourses nationales³⁶. La région Ile-de-France a pour le moment trouvé un équilibre précaire, en revalorisant régulièrement, sur ses fonds propres, les bourses qu'elle délivre. Il convient de pérenniser ce dispositif, tout en l'améliorant, particulièrement en encourageant l'Etat à une mise à jour annuelle du décret encadrant les taux et barèmes des bourses régionales et en s'alignant en année N et non plus année N-1 sur les revalorisations des bourses du CNOUS.

Les étudiants boursiers du CNOUS bénéficient systématiquement de l'exonération de la sécurité sociale étudiante ainsi que des droits universitaires dans l'ensemble des établissements d'enseignement supérieur publics, et dans certains établissements d'enseignement privés selon leur volonté.

Les étudiants boursiers en FSS de la région bénéficient du remboursement par la région « d'une partie des frais de scolarité » lorsqu'ils sont bénéficiaires de l'échelon 0, alors que les boursiers des échelons supérieurs ne bénéficient d'aucune prise en charge à ce sujet par la région, mais peuvent être exonérés de leurs droits d'inscriptions par les écoles.

³⁶ Dossier de presse - Formations Sanitaires et Sociales, être étudiant et payer le désinvestissement de l'Etat ; ANEP, ANESF, FNEK, FNEI, UNAAE ; octobre 2015

Cette différence entre les deux régimes ne semble pas propice à l'ouverture au plus grand nombre des formations sanitaires et sociales, et ne devrait pas exister. En ce qui concerne les établissements privés, la région devrait négocier l'exonération des frais de scolarité pour les étudiants boursiers. La prise en charge financière des concours d'entrée dans les écoles pourrait également être proposée par la région aux étudiants et lycéens boursiers.

Les étudiants en FSS désirant effectuer une demande de bourse doivent effectuer cette démarche sur le site internet de la région (www.iledefrance.fr/fss), dans des délais qui sont différents de ceux du CNOUS. Cela va à l'encontre de la volonté de simplification et de création d'un guichet unique des aides étudiantes tel que défendu par les organisations étudiantes et par le CNOUS, dont le « Dossier social étudiant » regroupe la demande de bourse et de logement. De plus, il en résulte que les étudiants en FSS ont davantage de difficultés que les autres étudiants boursiers à accéder à un logement étudiant du CROUS, n'étant pas considérés comme prioritaires.

Les étudiants en formations sanitaires et sociales doivent être considérés comme des étudiants de l'enseignement supérieur à part entière. Ainsi, l'intégration de ces étudiants au droit commun concernant les aides sur critères sociaux délivrées par le CNOUS est une nécessité. La situation actuelle ajoute de la confusion et complexifie l'accès des étudiants en FSS à leurs droits.

Une option possible, afin de faciliter cet accès aux droits, serait de déléguer la gestion et le versement des bourses FSS aux CROUS. Cette délégation de gestion a été réalisée en région Basse-Normandie par exemple, et fonctionne sans encombre (<http://www.crous-caen.fr/bourses/paramedicales>).

2. Les bourses d'études régionales

Un décret du 27 août 2008³⁷ détermine les taux (montants des bourses) et barèmes (niveaux des revenus pris en compte et points de charges) minimums des bourses régionales, en se basant sur les chiffres des bourses du CNOUS de l'année 2004-2005. C'est ce décret qui détermine la compensation donnée par l'Etat aux régions pour la gestion de ces bourses.

Les bourses du CNOUS, qui sont délivrées à l'ensemble des autres étudiants de l'enseignement supérieur, sont réévaluées par l'Etat. Cette politique est fortement mise en avant par le gouvernement, dans le cadre de sa « priorité jeunesse ». Mais le décret de 2008 n'a jamais été actualisé en conséquence : ainsi, l'Etat continue de compenser les régions au niveau des bourses du CNOUS de l'année 2004-2005...

La Région Ile-de-France a décidé de s'aligner, en N-1, sur ces revalorisations depuis septembre 2011. Cela signifie que le budget primitif d'une année N, voté en décembre de l'année N-1 et pour une application à la rentrée scolaire de l'année N, intègre les revalorisations des bourses du CNOUS de la rentrée de septembre de l'année N-1. **Cette politique volontariste de la région, sans compensation de l'Etat, est à souligner.**

³⁷ Décret n° 2008-854 du 27 août 2008 relatif aux règles minimales de taux et de barème des bourses d'études accordées aux étudiants inscrits dans les établissements dispensant des formations sociales initiales et dans les instituts et écoles de formation de certaines professions de santé

En 2013-2014, 18 % des étudiants en formation sanitaire et sociale étaient titulaires d'une bourse d'étude régionale. Ce chiffre peut sembler assez faible lorsqu'on le compare aux 33,5 % d'étudiants titulaires d'une bourse sur critères sociaux délivrée par le CNOUS³⁸. Mais une part importante d'étudiants des formations sanitaires et sociales n'est pas en formation initiale, et n'est donc pas éligible aux bourses d'études régionales, ce qui peut expliquer ce décalage. Un non recours d'une partie des étudiants qui seraient éligibles à ces bourses ne peut être totalement écarté, d'autant que la visibilité de ces aides est moins importante que celle du CNOUS.

3. Le Fonds régional d'aide sociale

Le Fonds régional d'aide sociale (FRAS) est un dispositif d'aide sociale complémentaire à celui des bourses d'études, visant les étudiants les plus précaires non éligibles aux bourses (bénéficiaires du RSA, demandeurs d'emplois indemnisés, etc.). Ce FRAS est un dispositif volontariste de la région, qui se rapproche du « Fonds national d'aide d'urgence » (FNAU), ponctuel ou annuel, proposé par le CNOUS aux autres étudiants de l'enseignement supérieur et non accessible aux étudiants en formation sanitaire et sociale.

Entre 2007 et 2014, 1 380 FRAS ont été attribués par la région, avec un nombre de bénéficiaires variable d'une année sur l'autre allant de 133 à 256.

Propositions

- Permettre l'accès au droit commun des étudiants en FSS en ce qui concerne les aides sur critères sociaux délivrées par le CNOUS : bourses d'études, logements étudiants, financement du régime de sécurité sociale étudiante et des frais d'inscription etc. ;
- Aligner, dans un premier temps, le statut des étudiants boursiers des FSS avec celui des étudiants de l'enseignement supérieur :
 - o pérenniser la revalorisation des bourses d'études régionales en suivant, à l'année N, les revalorisations des bourses du CNOUS ;
 - o dispenser les étudiants boursiers des frais de sécurité sociale étudiante et des frais d'inscription ;
- Mettre en œuvre la prise en charge des frais de concours d'entrée dans les FSS pour les étudiants boursiers.

IV. La programmation de l'offre de formation

Dans le domaine sanitaire, le président du Conseil régional autorise la création et agréé les formations des différents instituts, qu'ils soient publics ou privés, après avis de l'agence régionale de santé (ARS). De plus, le Conseil régional se charge de fixer les capacités de formation (de façon autonome ou en répartissant un quota fixé nationalement, selon les formations).

Dans le domaine social, c'est désormais également le président du conseil régional qui autorise la création, agréé les formations et fixe les capacités maximales de formation, après avis de la DRJSCS (Direction régionale de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale). Cette nouvelle

³⁸ L'état de l'enseignement supérieur et de la recherche - Ministère de l'Education nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, juin 2015

compétence a été délivrée par la loi du 5 mars 2014, alors qu'auparavant la DRJSCS devait autoriser l'ouverture d'une formation avant que la région accepte ou non de la financer.

Les Régions peuvent donc piloter totalement la carte des formations sanitaires et sociales sur le territoire. Ce pilotage passe par le schéma régional des formations et constitue plus précisément une partie de son volet sur les formations sanitaires et sociales.

L'établissement de ce nouveau schéma des formations sanitaires et sociales est une opportunité certaine pour affirmer la vision stratégique et politique de la région sur la question des formations sanitaires et sociales.

La réflexion sur l'avenir de la carte de formation semble constituer un enjeu majeur. Comme discuté précédemment, le nombre, la taille et la répartition des établissements doivent évoluer pour s'adapter aux nécessités actuelles.

Le nouveau schéma des formations sanitaires et sociales se devra également de cadrer les modalités d'agrément des établissements. Le Conseil Régional doit utiliser cet outil pour établir des règles claires à destination de l'ensemble des établissements de formation.

Les points qui semblent les plus importants à cadrer sont :

- les frais d'inscription et de concours d'entrée ;
- la qualité pédagogique des établissements (en instaurant des quotas de cours à fournir en présentiel) ;
- l'accès à l'offre de formation universitaire pour les étudiants en FSS (par exemple l'accès à des masters ou à des parcours de recherche) ;
- les droits des étudiants en formation et leur intégration à la gouvernance des établissements³⁹.

Concernant les établissements financés, les négociations des conventions triennales doivent constituer pour le Conseil régional un levier d'action qu'il convient d'exploiter au mieux. Un plafonnement des frais d'inscription et de concours d'entrée est nécessaire, tout comme un droit de regard du Conseil régional sur la qualité pédagogique des établissements et leurs modes de gouvernance.

Pour les formations correspondant à un grade de licence (principalement la formation infirmière aujourd'hui), des conventions tripartites incluant les universités sont signées pour permettre la délivrance de ce grade. Il est nécessaire d'ajouter à ces conventions des clarifications quant aux droits des étudiants en FSS en ce qui concerne l'accès aux services universitaires et la participation à la vie et aux instances de l'université.

Concernant les établissements non financés, l'agrément des formations ne peut être attribué sans respect de certains critères parmi ceux énoncés.

Proposition

- **Etablir des critères d'agrément et de financement des établissements (encadrement des frais d'inscription et de concours, qualité pédagogique, droits des étudiants, gouvernance, etc.).**

³⁹ Je veux que ma voix compte : Réformons la gouvernance des Instituts de formation paramédicaux - FNEI ; Février 2015

V. L'information sur les métiers et leur observation

1. L'information-orientation sur les métiers

L'information sur les métiers du sanitaire et du social, souvent mal connus de la population, revêt une importance majeure afin de recruter des futurs professionnels motivés par leur métier en nombre suffisant. Un travail de modification de la représentation de la plupart des métiers du sanitaire et du social est à effectuer au sein de la population.

L'expérience des professionnels de l'éducation montre que les FSS ne manquent pas véritablement d'attractivité mais la question réside dans les représentations initiales assez stéréotypées des métiers qui ne correspondent que de loin à la réalité et conduisent donc à des abandons. Il s'agit donc de travailler dans le long terme auprès des jeunes scolarisés sur la mise en place de situations didactiques permettant de faire évoluer ces représentations.

Une autre cause de difficultés rencontrées par les jeunes provient de leur âge, de plus en plus précoce à la fin des études secondaires, qui les préparent plus difficilement à supporter les situations pénibles psychologiquement, liées aux maladies graves, à la mort, au grand âge.

Enfin, du fait de la résistance des représentations initiales, il faut mettre en synergie des stratégies d'informations adaptées ainsi que des actions, en présentiel, de longue durée conduite au sein des établissements par les conseillers d'orientation-psychologues (copsy) et les enseignants.

Ce travail en direction des jeunes scolarisés est, conformément à la loi sur le SPOTLV (service public de l'orientation tout au long de la vie), de la seule responsabilité de l'Education nationale et de ses personnels, les conseiller(e)s d'orientation psychologues et DCIO. La loi structure en effet le SPOTLV en deux branches : l'une est constituée par l'Education nationale qui a la responsabilité de l'information et de l'orientation des élèves et des étudiants avec l'appui des CIO et SCUIO ; L'autre est sous la responsabilité de la région et porte sur les actifs et les organismes qui ne relèvent pas de l'éducation nationale dont elle assure la mise en coordination. Le rôle de coordinateur de la Région sur les autres organismes que ceux de l'Education nationale, porte **sur les actions et non sur les acteurs.**

Au sein de la région Ile-de-France, Défi-Métiers (anciennement l'OREF – mission d'observation emploi formation – du CARIF IDF) a pour mission d'assurer ce travail d'information-orientation. Celui-ci peut se faire par deux canaux principaux :

- sur internet : il est nécessaire de simplifier le nombre de sites entretenus sur le sujet, afin de proposer une unique plateforme dynamique et attrayante. Aujourd'hui, les informations sont réparties entre le site institutionnel de la région www.iledefrance.fr, le site www.lesmetiers.net créé par Défi-Métiers, le site www.cripp-idf.fr qui semble abandonné par l'ARS, le site www.orientation-pour-tous.fr créé par l'Etat, les régions et les partenaires sociaux, et enfin le site de la DRJSCS...
- en présentiel, via les conseils et « prescriptions » des conseillers d'orientation, du réseau Information Jeunesse, des conseillers Pôle emploi ou des missions locales ainsi que par la présence du Conseil Régional sur les salons franciliens destinés à l'orientation/réorientation.

Plusieurs personnes auditionnées ont fait part de difficultés liées à des prescriptions inadaptées amenant à des échecs en cours de formation, ce qui indique l'importance d'améliorer la situation. Défi-métiers anime depuis 2011 des « journées mensuelles inter réseaux d'information sur la formation en Ile-de-France » (JIRIF) afin de proposer aux professionnels de l'orientation un

premier niveau d'information sur les formations sanitaires et sociales. Cette approche semble intéressante et gagnerait à se développer.

Il est nécessaire de simplifier les dispositifs d'information pour rendre lisible les différents parcours de formation, à la fois en formation initiale et en formation continue. Un travail est également à effectuer pour améliorer l'information sur les droits des étudiants et pour clarifier les modalités de financement des apprenants en fonction de leurs situations.

La mise en œuvre concrète, dès septembre 2016, du **SPRO (Service public régional de l'orientation)** est une opportunité que la Région doit saisir. Créé par la loi du 5 mars 2014, le SPRO doit permettre à chacun d'être "informé, conseillé et accompagné tout au long de la vie en matière d'orientation professionnelle". Son organisation est confiée aux Régions, qui ont pour mission de coordonner les acteurs de l'orientation de leurs territoires. Il est essentiel que ce SPRO s'adresse également aux étudiants en formation initiale.

L'apport de l'Education nationale aux actions du SPRO est fixé par une convention annuelle (article 22 de la loi du 5 mars 2014). Ceci n'empêche pas la mise en place d'actions, sous la responsabilité des équipes d'établissement en partenariat avec les Ecoles de formation et les lieux de soins.

2. L'observation des métiers et le diagnostic emploi/formation

Cette mission est essentielle pour la cohérence des politiques régionales en matière de formations sanitaires et sociales. En effet, c'est uniquement en surveillant l'évolution des métiers et en anticipant leur devenir que l'on peut proposer une formation adaptée et cohérente avec les besoins en emplois.

Or, l'éclatement des institutions observant ces études et métiers (la DREES, l'ARS, l'ORS, les Conseils de l'ordre des professions concernées, la Région, etc) complexifie finalement la tâche, puisque l'on ne retrouve pas de chef de file clair coordonnant les travaux.

Au sein de la région Ile-de-France, ce suivi est désormais assuré par Défi-Métiers, qui publie régulièrement des rapports sur commande du Conseil régional. Les travaux réalisés proposent des états des lieux très complets et constructifs, mais manquent souvent de prospective. Même si l'exercice de la prospective est difficile à réaliser, est hautement à risque et nécessite des compétences particulières, il semble que ce volet doit être développé au sein de Défi-Métiers. Ce volet de prospective pourrait être travaillé avec d'autres organismes associés de la région compétents sur le sujet, comme l'Observatoire régional de santé (ORS) ou l'Institut d'aménagement et d'urbanisme d'Ile-de-France (IAU Ile-de-France). C'est cette démarche qui permettra à la Région de proposer une offre de formation de qualité et adaptée aux évolutions permanentes des métiers.

Un travail de la Région en collaboration avec l'ARS d'Ile-de-France doit être envisagé pour aider à la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) : gestion anticipative et préventive des ressources humaines, permettant de faire évoluer les personnels en fonction des contraintes de l'environnement et des choix stratégiques des établissements. Certaines ARS mettent en avant leurs travaux sur le sujet, comme celle des Pays-de-la-Loire⁴⁰.

⁴⁰ <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Gestion-Previsionnelle-des-Met.118470.0.html>

Propositions

- Profiter de la mise en œuvre du SPRO (Service public régional à l'orientation) pour développer et simplifier l'information-orientation sur les métiers, dès le lycée, sur internet et en formant davantage les conseillers prescripteurs de formations ;
- Améliorer l'observation des métiers et le diagnostic emploi/formation au sein de Défi-Métiers en développant les réflexions de prospective, en collaboration avec d'autres organismes associés de la région (ORS, IAU Ile-de-France...) et avec l'ARS d'Ile-de-France.

VI. Des compétences partagées avec de nombreux acteurs

A côté de ces compétences de la région, le pilotage des formations sanitaires et sociales est aujourd'hui plus éclaté que jamais, plusieurs personnes auditionnées parlant volontiers d'émiettement voire de « babelisation ».

La santé étant de la compétence de l'Etat, différents services sont amenés à intervenir dans des secteurs bien précis.

A cet effet :

- **le ministre chargé de la santé** définit le contenu, les modalités de formation et fixe le quota national de formation dans la majorité des formations du domaine sanitaire ;
- **l'ARS** (pour le sanitaire) et la **DRJSCS** (pour le social) effectuent le contrôle pédagogique des établissements ;
- **l'ARS** émet un avis concernant les autorisations d'ouverture et d'agrément des écoles ;
- la **DRJSCS** délivre les diplômes d'Etat.

Cette organisation complexe ne semble pas très logique dans le sanitaire, où ce n'est pas la même instance qui se charge de la délivrance des diplômes et du contrôle pédagogique des formations. Sur ce point, un transfert des compétences de l'ARS vers la DRJSCS semblerait cohérent, changement proposé dans un rapport de l'IGAS – IGAENR de juillet 2013⁴¹.

Les hôpitaux ont la grande majorité des écoles du domaine sanitaire qui leur sont, à ce jour, rattachées. Ils occupent, à ce titre, une place prépondérante.

Les universités jouent désormais un rôle essentiel pour ce qui est des formations qui délivrent un grade de licence, dont elles assurent une grande partie des formations théoriques (à ce jour, uniquement pour la formation infirmière, mais d'autres formations seront concernées à l'avenir). En Ile-de-France, on compte sept universités conventionnées avec la région et les IFSI ; elles ne sont, pour le moment, pas regroupées.

Il serait cohérent que la Région propose à ces universités un cadre conventionnel homogène, assurant une similitude des modes et des méthodes pédagogiques appliqués dans les instituts de la région.

⁴¹ MARSALA V. Les formations paramédicales : Bilan et poursuite du processus d'intégration dans le dispositif LMD. IGAS; 2013 Juillet

Les écoles sont très nombreuses. Le rattachement juridique de la plupart d'entre elles (pour le domaine sanitaire) à un hôpital rend plus complexe la situation, notamment en ce qui concerne l'organisation des circuits financiers.

Les IFSI, structures de formation les plus nombreuses, se sont regroupées, depuis 2009, afin de faciliter la signature des conventions tripartites avec le Conseil Régional et les Universités. Ainsi, en Ile-de-France, il existe quatre regroupements :

- un Groupement de coopération sanitaire (GCS) réunissant les établissements publics de santé, supports des IFSI publics (hors APHP) ;
- l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (APHP) ;
- l'association IFSI - FEHAP réunissant des établissements à but non lucratif, supports d'IFSI privés ;
- l'association d'IFSI - Croix-Rouge.

Ces regroupements apparaissent pour la plupart assez formels. Ils ont pour principal objet de faciliter la signature des conventions tripartites. Il est intéressant de noter que l'APHP, structure publique regroupant de nombreux instituts de formation, a choisi de ne pas intégrer le GCS réunissant l'ensemble des autres établissements publics.

Puisqu'aucune structure ne regroupe l'ensemble des écoles, une université qui souhaiterait réunir l'ensemble de ses partenaires devrait réussir à réunir ces différents regroupements.

Il semble nécessaire et indispensable qu'une réflexion soit engagée en ce qui concerne la possibilité de rapprocher davantage ces différentes écoles afin de rendre plus fluide les flux financiers et permettre ainsi une relation et un travail plus faciles avec la Région et les universités (selon modèle développé en annexe 4).

Une réflexion doit être engagée sur la création d'un unique GCS regroupant l'ensemble des établissements supports des IFSI publics et privés, afin de simplifier les échanges et les négociations sur les conventions tripartites.

Cette grande diversité des acteurs qui participent à la gestion des organismes des FSS pose la question de la cohérence, de l'efficacité, voire de l'effectivité réelle pour ce qui est du pilotage et du management du dispositif des FSS dans la région Ile de France.

Propositions

La situation doit évoluer :

- Un chef de file doit être désigné pour coordonner ce dispositif : la Région Ile-de-France ;
- Une structure de pilotage doit voir le jour, réunissant les trois décideurs principaux en région : la Région, l'Agence Régionale de Santé (ARS) et la Direction Régionale de la Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS). Celle-ci permettra de structurer et de mieux coordonner les politiques publiques au sujet des FSS. Cette structure pourrait adopter la même forme que les commissions de coordination des politiques publiques (CCPP) développées au sein des ARS, selon le modèle prévu par l'article L 1432-1(2°) du code de la Santé Publique ;
- Une structure de suivi de la mise en œuvre du schéma directeur des formations sanitaires et sociales, réunissant régulièrement l'ensemble des acteurs de la formation, doit également voir le jour. Celle-ci permettrait un dialogue renforcé entre ces acteurs, afin d'améliorer l'organisation au jour-le-jour des formations ;
- pour les IFSI, la constitution d'un GCS unique, réunissant l'ensemble des établissements de formation, est nécessaire afin de faciliter les échanges et les négociations des conventions tripartites.

PARTIE 3 : RECAPITULATIF DES PROPOSITIONS

Au vu des évolutions à l'œuvre ces quinze dernières années, **l'avenir des formations sanitaires et sociales est incontestablement régional**. Il convient de prendre toute la mesure de ce constat et d'en tirer toutes les conséquences. Le Conseil régional doit s'investir pleinement en faveur des formations sanitaires et sociales dont elle a la responsabilité. **La Région doit ainsi se poser en pilote incontesté de ces formations, assumant ses responsabilités, avec une vision claire à moyen et long terme.**

Les différentes propositions du rapport devront servir pour l'élaboration du nouveau schéma directeur des formations sanitaires et sociales :

I. Le pilotage du dispositif des formations sanitaires et sociales

La gouvernance des FSS est particulièrement éclatée et complexe, ce qui nuit à l'efficacité du système.

La situation doit évoluer :

- la Région Ile-de-France doit être désignée comme un chef de file pour coordonner ce dispositif ;
- une instance unique de pilotage doit être créée, réunissant les trois décideurs principaux en région : la Région, l'Agence régionale de santé (ARS) et la Direction régionale de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS). Elle structurera et coordonnera les politiques publiques au sujet des FSS ;
- une structure de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du schéma directeur des formations sanitaires et sociales, réunissant régulièrement l'ensemble des acteurs de la formation, doit également être créée. Celle-ci facilitera le dialogue entre ces acteurs, afin d'améliorer l'organisation au jour-le-jour des formations ;
- pour les IFSI, la constitution d'un Groupement de coopération sanitaire (GCS) unique, réunissant l'ensemble des établissements de formation, est nécessaire afin de faciliter les échanges et les négociations des conventions tripartites.

II. L'organisation territoriale de l'offre régionale de formation

Aucune vision à moyen terme ne peut se faire sur l'organisation territoriale de l'offre de formation sans régler la question de l'investissement dans les centres de formation du domaine sanitaire. Il est nécessaire de :

- mener en urgence un audit indépendant des besoins d'investissement dans les centres de formation du sanitaire ;
- établir des règles claires sur le financement des investissements dans le domaine sanitaire, et sur les partenariats à mettre en œuvre (Région, hôpitaux, Etat, autres collectivités territoriales, etc.).

La Région est à même de piloter totalement la carte des formations sanitaires et sociales sur le territoire. Concernant la répartition territoriale des instituts de formation, le Conseil régional doit lancer une réflexion d'ampleur sur le sujet. L'évolution proposée est la suivante :

- pour les formations de niveau I, II ou III (formations de niveau post-baccalauréat) : encourager et favoriser le regroupement ou l'alliance des « petits » centres de formation pour atteindre une taille critique suffisante : la création de nouvelles écoles apportant la mutualisation des enseignements, la transversalité et l'interdisciplinarité, en sortant de la logique hospitalière, devra être recherchée ;
- pour les formations de niveau IV et V (formations de niveau baccalauréat ou infra) : conserver un réseau d'établissements de proximité.

La création des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) va modifier en profondeur l'organisation territoriale des établissements publics de santé et de leurs instituts de formation. Il reviendra à la Région de travailler avec l'Agence régionale de santé (ARS) :

- en accompagnant, en partenariat étroit avec les acteurs de terrain, la mise en cohérence de l'appareil de formation sanitaire avec le cadrage territorial résultant de la « loi de modernisation de notre système de santé » ;
- en veillant à ce que ces évolutions se fassent en liaison avec l'organisation territoriale des formations décidée par la Région.

III. La programmation de l'offre régionale de formation

La Région participe aux dépenses de fonctionnement de la majeure partie des instituts de formation sanitaire et sociale. La Région doit augmenter le budget en fonctionnement alloué à ces instituts, pour permettre :

- une augmentation du nombre d'étudiants formés, en fonction de la croissance des besoins sanitaires et sociaux de la région ;
- le développement de l'offre de formation publique dans certaines filières (masseurs-kinésithérapeutes) ;
- l'élargissement des critères de financement des étudiants en formation initiale, afin que tous les étudiants puissent bénéficier d'un financement.

Le président du Conseil régional autorise la création et agréé les instituts de formation. Cet agrément doit être utilisé pour établir des règles claires à destination de l'ensemble des établissements de formation. L'agrément (ou son renouvellement) et le financement des instituts doivent ainsi être conditionnés par certains critères portant sur :

- les frais d'inscription et de concours d'entrée ;
- la qualité pédagogique des établissements (en instaurant par exemple des quotas de cours à fournir en présentiel sans visioconférence) ;
- l'accès à l'offre de formation universitaire pour les étudiants en FSS (par exemple l'accès à des masters ou à des parcours de recherche) ;
- les droits des étudiants en formation et leur intégration à la gouvernance des établissements.

IV. Le recrutement et les conditions de vie des étudiants

L'entrée dans les FSS est particulièrement réglementée, et nécessite pour la quasi totalité des formations la réussite d'un concours ou d'une sélection. Ces modalités de recrutement doivent évoluer :

- encourager la création de concours communs à plusieurs écoles ;

- entamer une réflexion sur la suppression des concours d'entrée dans les formations sanitaires et sociales, en généralisant la sélection sur dossier selon la procédure « Admission Post Baccalauréat » (APB).

Il existe des variations très importantes des frais d'inscription dans les FSS, ce qui constitue un des points les plus sensibles pour les étudiants et leurs familles. La Région doit agir sur ce sujet :

- calquer les frais d'inscription et de scolarité des établissements conventionnés sur les frais universitaires ;
- diminuer les coûts d'inscription et de scolarité des établissements privés agréés.

La Région finance les bourses sur critères sociaux des étudiants des formations sanitaires et sociales, dans le cadre d'un régime différent de celui des autres étudiants de l'enseignement supérieur. Cette situation doit évoluer pour :

- pour permettre, à terme, l'accès au droit commun des étudiants en FSS en ce qui concerne les aides sur critères sociaux délivrées par le CNOUS : bourses d'études, logements étudiants, financement du régime de sécurité sociale étudiante et des frais d'inscription etc. ;
- aligner, dans un premier temps, le statut des étudiants boursiers des FSS avec celui des étudiants boursiers de l'enseignement supérieur :
 - pérenniser la revalorisation des bourses d'études régionales en suivant, à l'année N, les revalorisations des bourses du CNOUS ;
 - dispenser les étudiants boursiers des frais de sécurité sociale étudiante et des frais d'inscription ;
- mettre en œuvre la prise en charge des frais de concours d'entrée dans les FSS pour les étudiants boursiers.

V. L'information sur les métiers et leur observation

L'information sur les métiers du sanitaire et du social revêt une importance majeure afin de recruter des futurs professionnels motivés par leur métier en nombre suffisant. De même, c'est uniquement en surveillant l'évolution des métiers et en anticipant leur devenir que l'on peut proposer une formation adaptée et cohérente avec les besoins en emplois.

La Région doit :

- profiter de la mise en œuvre du SPRO (Service public régional à l'orientation) pour développer et simplifier l'information-orientation sur les métiers, dès le lycée, sur internet et en formant davantage les conseillers prescripteurs de formations ;
- améliorer l'observation des métiers et le diagnostic emploi/formation au sein de Défi-Métiers en développant les réflexions de prospective, en collaboration avec d'autres organismes associés de la région (ORS, IAU IdF...) et avec l'ARS d'Ile-de-France.

Conclusion

Dans sa volonté de poursuivre le processus de décentralisation engagé en France par les lois Defferre de 1982 et 1983, le législateur de 2004 a transféré, aux conseils régionaux, la responsabilité des formations sanitaires et sociales.

Les Régions ont ainsi fait leur entrée dans un secteur professionnel qui leur était jusqu'alors peu familier, et leur champ de compétences s'est élargi à de très nombreuses et diverses formations menant à des métiers répondant à des besoins essentiels de la population : la santé et le bien-être social.

L'acte II de la décentralisation initié par la loi du 13 août 2004 leur a confié des missions importantes :

- la répartition ou la définition des volumes à former par profession,
- l'agrément des établissements et de leurs directeurs,
- le versement des dotations de fonctionnement aux écoles,
- la gestion et le versement des bourses aux étudiants.

De plus, la Région devenait responsable de l'organisation de l'offre de formation dans les secteurs sanitaires et sociaux, en adéquation avec les besoins des populations et des territoires, via l'approbation et la mise en œuvre d'un schéma directeur pluriannuel.

En Ile-de-France, le premier Schéma des formations sanitaires et sociales a été adopté en juin 2007 et prorogé en septembre 2013.

Les parties prenantes et les organisations représentatives du domaine (Fédérations hospitalières, APHP, URPS, association des directeurs d'instituts, organisations étudiantes...) reconnaissent, qu'en application de ce premier schéma, la Région a réussi à intégrer et maîtriser un secteur complexe ; à maintenir, et dans certains cas à développer, l'offre de formation francilienne.

Compte tenu de la grave pénurie en personnel infirmier qu'a connu la région durant les années 2000-2010, l'augmentation significative du nombre d'étudiants formés fut positive pour le système de santé francilien.

Avec le recul, on peut estimer pour l'essentiel que **le premier Schéma a répondu à des considérations et à des objectifs d'ordre quantitatif.**

Il convient de poursuivre l'effort entrepris, pour assurer le renouvellement générationnel des professionnels issus de la période du « baby-boom » partant à la retraite, pour assurer le « virage ambulatoire » et pour mettre les ratios franciliens (ex. : nombre de professionnels pour 100 000 habitants) aux standards de la moyenne nationale, voire à terme à ceux des grandes métropoles européennes.

Ce rapport aura démontré que le **second Schéma régional des formations sanitaires et sociales (années 2016-2021) devra se situer davantage dans une logique qualitative.**

Responsable de l'organisation de l'offre de formation, la Région va devoir concevoir et développer son action dans un contexte nouveau et particulièrement mouvant.

- Avec, à la fois dans le champ du sanitaire, du médico-social et du handicap, des pratiques et des modes de prise en charge profondément transformés (parcours coordonné de soin en ville et à l'hôpital, hospitalisation et prise en charge de la dépendance à domicile...).

- Avec l'évolution même du contenu des métiers par le développement des pratiques avancées, par l'émergence de nouvelles professions et surtout par l'impact du progrès des sciences médicales et des technologies biomédicales (télémédecine, robotique, informatique) qui accélèrent l'obsolescence des connaissances et vont obliger les instituts en formation initiale à s'investir dans le champ de la formation continue.

Responsable de l'organisation de l'offre, la Région devra résolument s'engager dans une stratégie facilitant le groupement des établissements publics et privés associatifs pour limiter les risques liés à l'émiettement des structures, et permettre l'émergence de pôles de formation viables, disposant d'équipes pédagogiques de qualité et diversifiant leurs activités. Cette nouvelle organisation se fera uniquement si la Région clarifie les critères et le cadre de ses interventions d'investissement dans les établissements de formation du sanitaire.

Si, jusqu'à présent, la Région a privilégié un rôle de fonction support des centres de formation existants, elle devra, dans les cinq prochaines années à venir, se positionner différemment pour répondre à ces nouveaux enjeux et devra :

- mettre en pleine cohérence son nouveau schéma des formations sanitaires et sociales avec les nouvelles logiques de la politique régionale de santé publique (programme régional de santé de seconde génération) ;
- se positionner davantage, par un système de pilotage clarifié dans sa fonction d'organisation, pour contribuer à dessiner une carte équilibrée des formations sur l'ensemble des territoires franciliens dont les GHT ;
- poursuivre la constitution d'un pôle de ressources propres, doté de moyens suffisants lui permettant d'informer et d'orienter ceux et celles qui souhaitent entreprendre ces formations, quelque soient leur âge et leur parcours initial et d'identifier prospectivement les besoins des employeurs publics et privés des territoires.

Il lui sera enfin nécessaire d'approfondir sa connaissance et de dynamiser sa stratégie dans le secteur social et médico-social et les métiers afférents car :

- ils relèvent d'une organisation complexe ;
- ils renvoient à une architecture mal appréhendée ;
- ils délivrent une palette de prestations diversifiées, largement méconnues, porteuses d'emplois ;
- ils se distinguent par le rôle majeur qu'y joue l'économie sociale et solidaire, notamment dans la gestion de la quasi-totalité des établissements pour enfants et adultes handicapés.

Enfin, il est évident qu'il ne suffit pas, en Ile-de-France, de former en nombre suffisant et en qualité les jeunes professionnels du soin et des métiers du social, **faut-il encore les fixer, les fidéliser dans le tissu territorial francilien.**

Dès lors, se posent de nouvelles interrogations sur les politiques d'insertion professionnelle, des transports, de l'habitat, d'aménagement du cadre de vie, de qualité de l'environnement qui pourraient faire l'objet d'autres études. Sans oublier l'ouverture de plus en plus importante aux formations et aux installations des ressortissants de l'Europe entière.

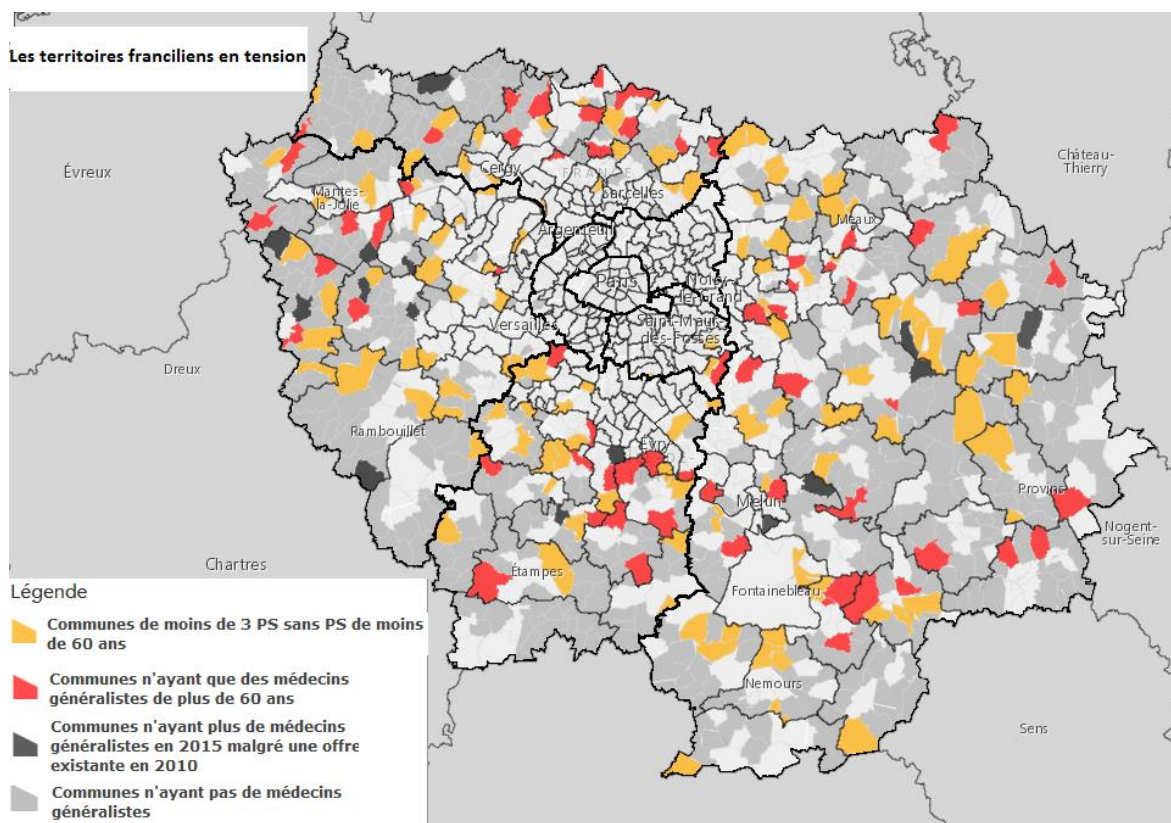
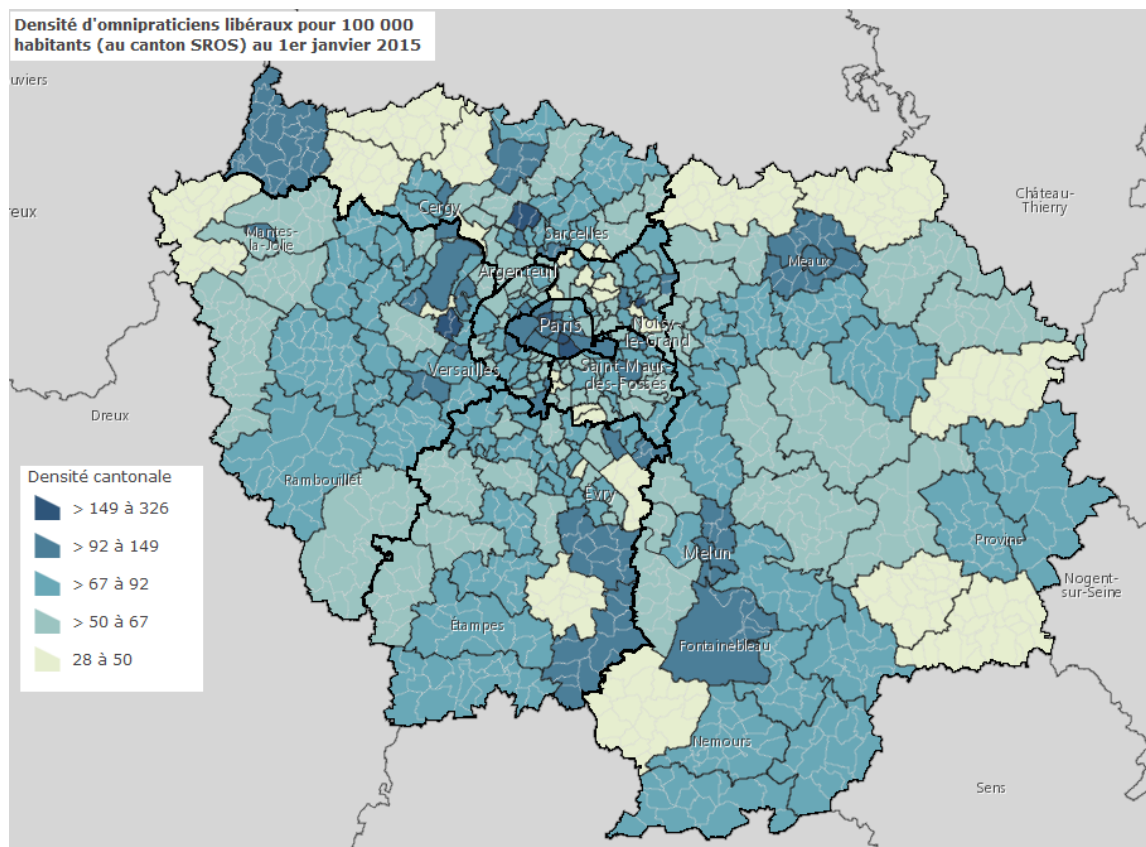
Glossaire

ALD	: affectation de longue durée
AMP	: aide médico-psychologique
ANDEP	: association nationale des directeurs d'écoles paramédicales
AP	: auxiliaire de puériculture
APB	: admission post baccalauréat
APHP	: assistance publique – hôpitaux de Paris
ARS	: agence régionale de santé
AS	: aide-soignant
ASS	: assistant de service social
ASSP	: accompagnement soins et services à la personne
CARIF	: centre d'animation, de ressources et d'information sur la formation
CCPP	: commission de coordination des politiques publiques
CESF	: conseiller en économie sociale et familiale
CFA	: centre de formation d'apprentis
CHU	: centre hospitalier universitaire
CIO	: centre d'information et d'orientation
CNOUS	: centre national des œuvres universitaires et scolaires
COPSY	: conseiller d'orientation-psychologue
CPC	: commission professionnelle consultative
CRAMIF	: caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France
CROUS	: centre régional des œuvres universitaires et scolaires
DCIO	: directeur de centre d'information et d'orientation
DEAS	: diplôme d'Etat d'aide-soignant
DEASS	: diplôme d'Etat d'assistant de service social
DECESF	: diplôme d'Etat de conseiller en économie sociale et familiale
DEES	: diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé
DRASS	: direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	: direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRJSCS	: direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
EHPAD	: établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EJE	: éducateur pour jeunes enfants
ES	: éducateur spécialisé
ESPIC	: établissement de santé privé d'intérêt collectif
FEHAP	: fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FNAU	: fonds national d'aide d'urgence
FONGECIF	: fonds de gestion de congés individuels de formation
FRAS	: fonds régional d'aide sociale
GCS	: groupement de coopération sanitaire
GHT	: groupement hospitalier de territoire
GPEC	: gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
GRETA	: groupement d'établissements publics
HAD	: hospitalisation à domicile
HCSP	: haut conseil de la santé publique
IDE	: infirmier diplômé d'Etat
IDH	: indicateur de développement humain
IFMK	: institut de formation en masso-kinésithérapie
IFMKDV	: institut de formation en masso-kinésithérapie pour déficients visuels
IFSI	: institut de formation en soins infirmiers
IGAENR	: inspection générale de l'administration de l'Education nationale et de la recherche
IGAS	: inspection générale des affaires sociales
INSEE	: institut national de la statistique et des études économiques
JIFIF	: journées inter réseaux d'information sur la formation

LMD	: licence – master – doctorat
OCDE	: organisation de coopération et de développement économique
ONDAM	: objectif national des dépenses de l'assurance maladie
OPCA	: organisme paritaire collecteur agréé
ORS	: observatoire régional de santé
PACES	: première année commune aux études de santé
PCB	: physique – chimie – biologie
PREFICS	: préfiguration des infirmiers cliniciens spécialisés
PRS	: projet régional de santé
RPPS	: répertoire partagé des professionnels de santé
RSA	: revenu de solidarité active
SCUIO	: service commun universitaire d'information et d'orientation
SPOTLV	: service public de l'orientation tout au long de la vie
SPRO	: service public régional de l'orientation
SROS	: schéma régional d'organisation des soins
SSIAD	: services de soins infirmiers à domicile
STAPS	: sciences et techniques des activités physiques et sportives
URPS	: union régionale des professionnels de santé
VAE	: validation des acquis de l'expérience

Annexes

ANNEXE 1 – La démographie médicale en Ile-de-France



Installations médicales : évolution des territoires déficitaires et fragiles

En 2012 :

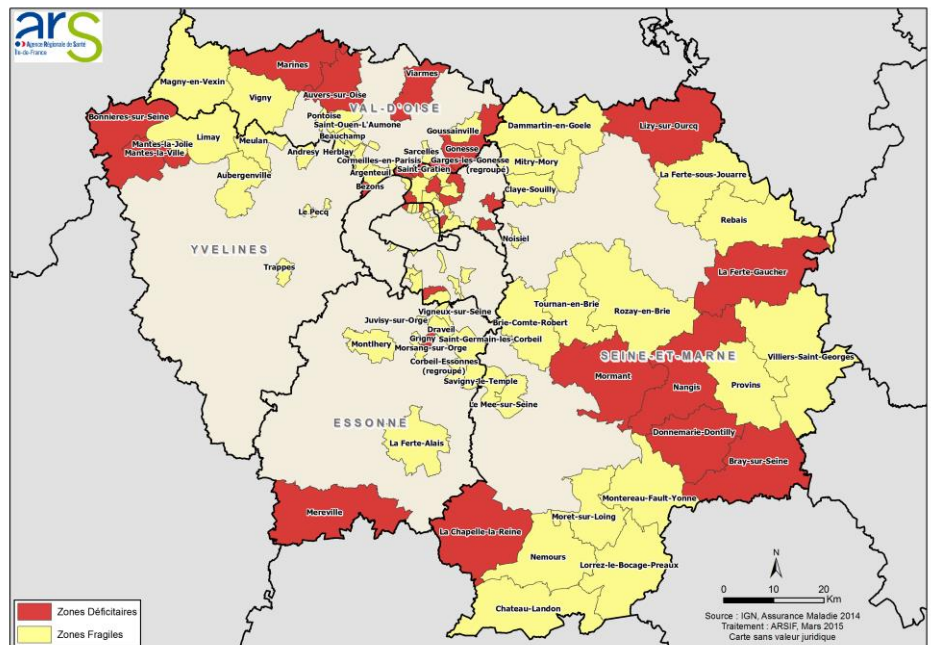
Zonage élaboré
dans le cadre du
volet ambulatoire
du SROS - 27
territoires
déficitaires et 21
territoires fragiles

Soit 12,8% de la pop.
francilienne

En 2015 :

Mise à jour du
zonage - 29
territoires
déficitaires et 73
territoires fragiles

Soit 30% de la pop.
Francilienne

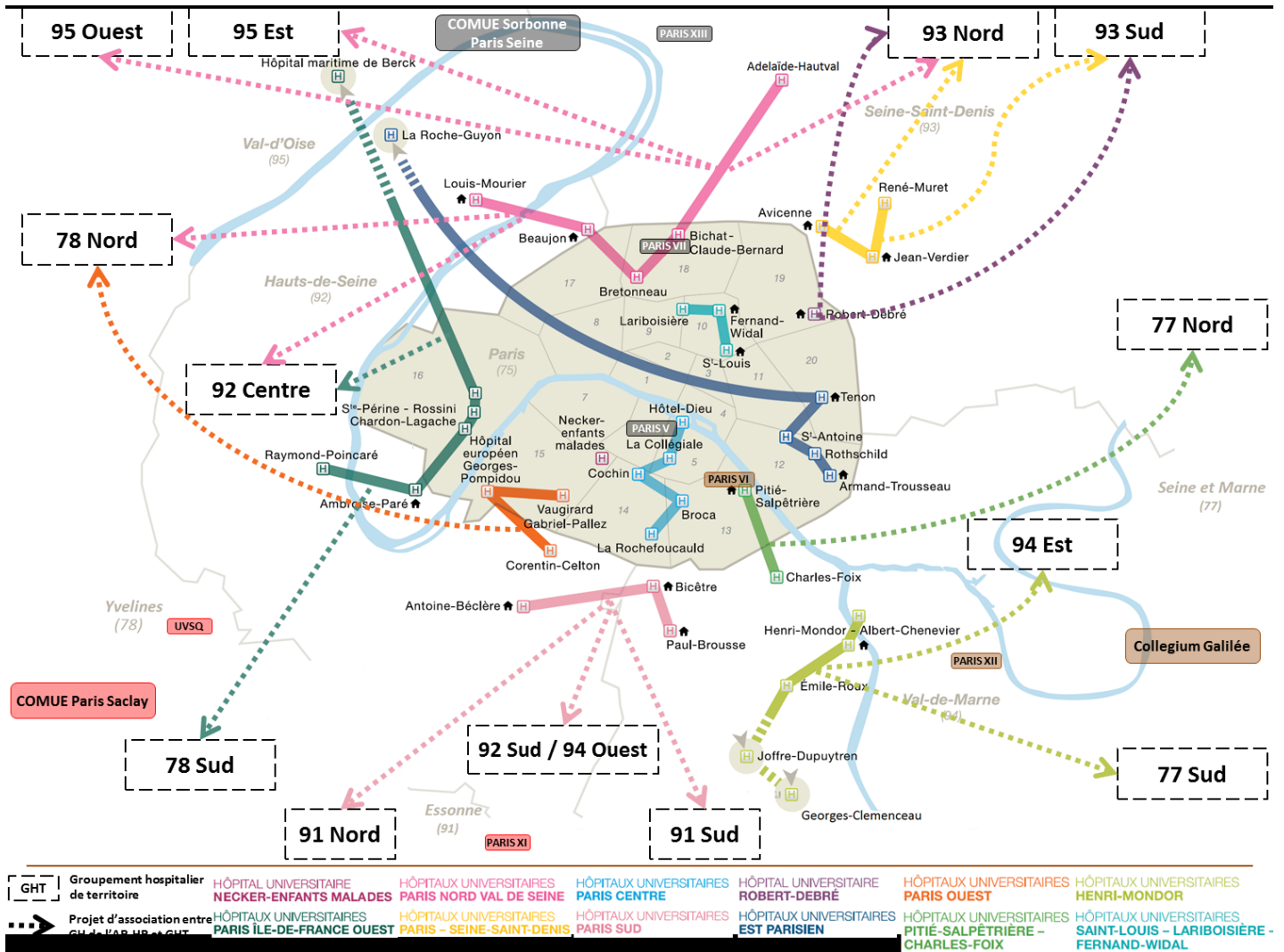


Source : ARS – 15 juin 2016 – Bilan
du volet ambulatoire du SROS

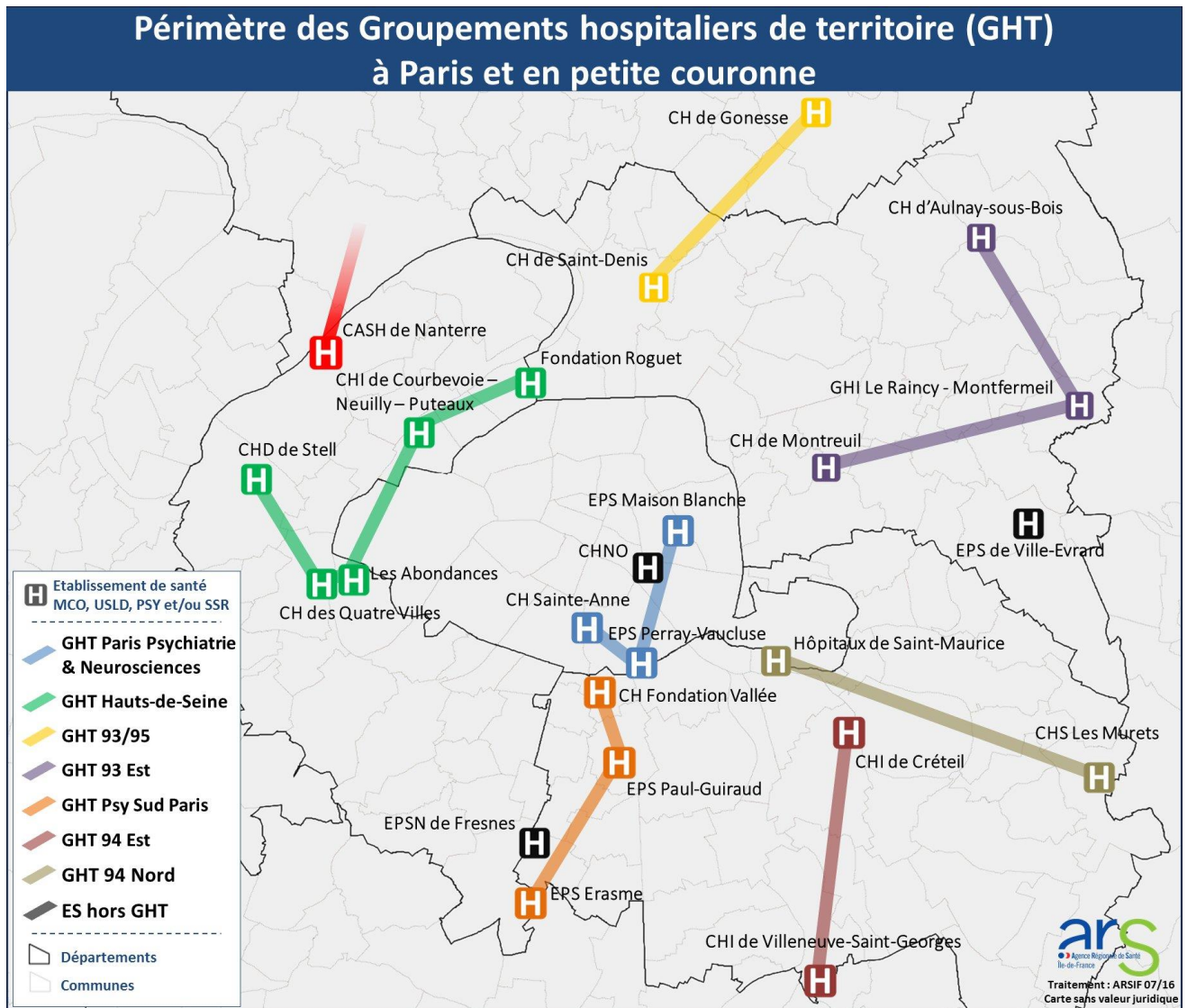
ANNEXE 2 – Groupements hospitaliers de territoires

Projet d'association au PMP entre GH de l'AP-HP et les GHT

(hors GHT 75 : CH de Sainte-Anne, GPS de Perray-Vaucluse et EPS de Maison Blanche)

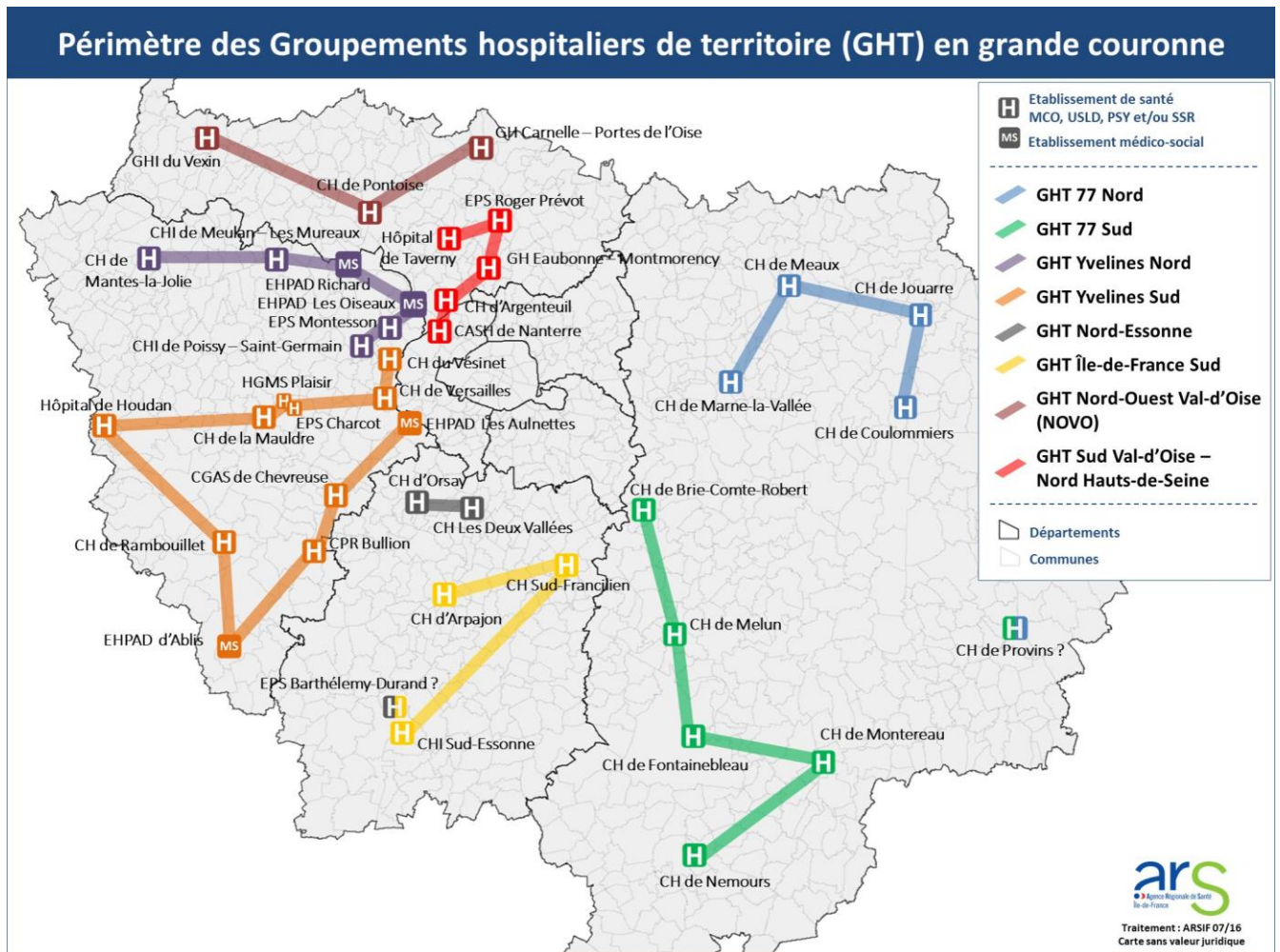


Petite couronne



Source : ARS

Grande couronne



Source : ARS

ANNEXE 3 – Formations sanitaires et sociales, diplômes d'Etat

Annexes

Liste des diplômes d'Etat des ministères des affaires sociales et de la santé transférés aux Régions par la loi du 13 août 2004

Périmètre d'intervention du service des formations sanitaires et sociales

	Durée moyenne (année)	Niveau
Secteur social	Financement crédits FSS pour FI et DE dans les centres de formation agréés	
Aide médico-psychologique (AMP)	1	V
Auxiliaire de vie sociale (AVS)	1	V
Assistant familial (AF)	18 à 24 mois	V
Moniteur éducateur (ME)	2	IV
Technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF)	2	IV
Assistant de service social (ASS)	3	III
Conseiller en économie sociale et familiale (CESF)	1	III
Educateur spécialisé (ES)	3	III
Educateur technique spécialisé (ETS)	3	III
Educateur de jeunes enfants (EJE)	3	III
Médiateur familial (MF)	3	III
CAFERUIS	2	II
CAFDES	2	I
Ingénierie sociale (IS)	3	I
Secteur sanitaire	Financement crédits FSS pour FI et DE dans les centres de formation publics	
Aide-soignant (AS)	1	V
Auxiliaire de puériculture (AP)	1	V
Ambulancier (AMB)	6 mois	V
Psychomotricien (Psycho)	3	III
Pédicure-podologue (PP)	3	III
Technicien de laboratoire d'analyse biomédicale (TAB)	3	III
Préparateur en pharmacie hospitalière (PPH)	2	III
Masseur-kinésithérapeute (MK)	3	II
Ergothérapeute (Ergo)	3	II
Manipulateur d'électroradiologie médicale (MEM)	3	II
Infirmier (IDE)	3	II
Infirmier anesthésiste (IADE)	1	II
Infirmier de bloc opératoire (IBODE)	1	II
Puériculture (P)	1	II
Cadre de santé (CS)	1	I
Sage-femme (SF)	4	I

ANNEXE 4 – Propositions de scénarii d'évolution des IFSI publics

A partir des enjeux transversaux et des dynamiques évoquées dans le rapport, trois scénarii pour l'organisation future sont proposés, et pourraient être promus dans le nouveau schéma régional des FSS. Ces propositions sont inspirées des travaux de l'ANdEP (Association Nationale des Directeurs d'Ecole Paramédicale)⁴², et ont retravaillées dans le cadre de ce rapport.

1- Le modèle hôpital/école⁴³ ou département intégré au centre hospitalier universitaire

Ce modèle pourrait être retenu pour l'AP-HP et organisé à l'échelle des GHU⁴⁴.

Il est déjà appliqué dans plusieurs centres hospitaliers universitaires comme ceux de Toulouse, de Bordeaux, d'Angers, de Nantes ou encore de Montpellier et de Marseille.

Dans ce scénario d'organisation, toutes les écoles paramédicales adossées au CHU sont regroupées dans une structure unique : un département « multi filières », appartenant à des métiers distincts et concernant aussi bien la formation initiale que la formation continue.

Ainsi, par exemple, pour les formations initiales, sont regroupés l'institut de formation en soins infirmiers, l'institut de formation des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture, l'école d'infirmier de bloc opératoire et celle des infirmiers anesthésistes, l'institut de formation des manipulateurs d'électroradiologie et l'institut de formation des masseurs kinésithérapeutes, de même que des centres de formations en psychomotricité, ergothérapie, etc.

Dans plusieurs expériences, les écoles de cadres infirmiers sont également intégrées.

Dans l'organigramme du CHU, ce département des formations est l'un des pôles d'activité de l'établissement régional, au même titre que les pôles médicaux ou de support médicaux techniques (Institués par le Plan Hôpital 2007)

Dans ce modèle, l'intégration des instituts est poussée jusqu'au bout de sa logique.

Le pôle de formation paramédicale pilote et coordonne, dans le cadre d'un projet pédagogique, l'ensemble des instituts placés sous sa responsabilité.

Ainsi, dans les domaines de formation initiale et continue, la nouvelle structure est à la fois instance de professionnalisation des ressources humaines du CHU, mais aussi prestataire en offre de formation vis-à-vis des acteurs du secteur sanitaire et médico-social.

Dans un contexte de ressources rares, ce scénario a pour avantage de privilégier la rationalisation et l'optimisation d'allocation des ressources. Il permet une forte mutualisation :

- des fonctions supports (bâtiments, locaux d'enseignement, plateforme d'e.learning, centre de simulation...);
- des moyens financiers (financement du Conseil régional, taxe d'apprentissage, recettes issues des actions de formation continue...);

⁴² Formation aux métiers de la santé : défis et perspectives pour une incontournable évolution ; ANdEP ; 2016

⁴³ Y. Bubien, P. Bourmel « Hôpital Ecole, une alliance entre instituts de formation et unités de soin – soins cadres n°19 – Août 2014.

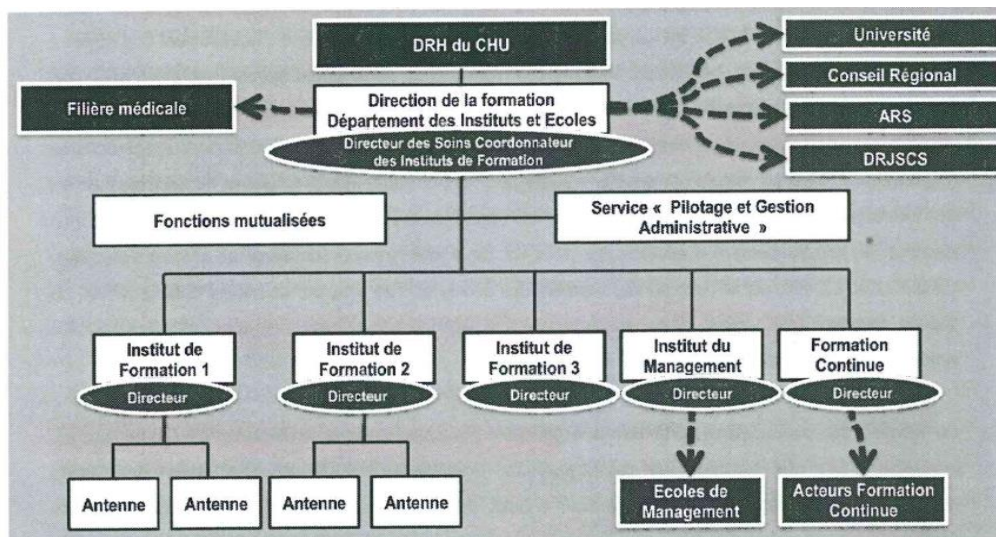
⁴⁴ Les groupements hospitaliers universitaires (GHU) sont des regroupements propres à l'AP-HP mis en place en 2003 dans le cadre de la nouvelle gouvernance.

- des moyens humains (secrétariat, accueil des élèves, enseignants communs à plusieurs écoles...).

Il facilite et fluidifie la montée en charge de l'universitarisation des études puisque le département regroupant l'ensemble des écoles du CHU, est rattaché à la direction des ressources humaines du CHU et que les directeurs des unités de formation et de recherche (UFR) partenaires (médecine, sciences humaines, gestion...) participent aux instances en charge de la définition des stratégies pédagogiques.

Enfin, ce modèle très intégré et rationalisé permet de conserver une souplesse d'initiative pour les cadres formateurs puisque les directeurs des instituts se concentrent sur la dimension pédagogique, sur l'animation de leur équipe, sur la valorisation des spécificités « métier » et que le maillage territorial peut être pris en considération au travers d'antennes locales créées en fonction des besoins.

En conclusion, ce scénario, uniquement applicable au CHU, permet une mutualisation poussée des enseignements et rapproche les formations paramédicales et médicales, dans la perspective de préparer les étudiants à leur futur travail d'équipe autour du « parcours patient ».



Modèle – Département intégré au CHU⁴⁵

2- Modèle « mutualisation légère »

Avant de décrire le modèle, rappelons que des expériences de mutualisation ont émergé depuis quelques années dans certains instituts de notre région

Ce modèle constitue, pour les instituts de formation rattachés aux établissements publics de santé ou privés associatifs de petite et grande couronne, un moyen simple, souple, facile à mettre en œuvre pour satisfaire aux obligations nouvelles et contraignantes de la « loi de modernisation de notre système de santé » avec **la mise en œuvre, par l'établissement support du GHT, d'une gestion commune et coordonnée de la formation professionnelle et continue** de tous les hôpitaux du territoire.

Ce modèle, sans personnalité morale propre, regroupe des instituts de petite ou moyenne taille, pouvant être mono ou pluri filières proches géographiquement (territoire).

Mais dans ce scénario, **les centres de formation restent institutionnellement rattachés à leur établissement de santé d'origine.**

⁴⁵ Formation aux métiers de la santé : défis et perspectives pour une incontournable évolution ; ANdEP ; 2016

Conformément à la loi nouvelle, on peut tout à fait imaginer que l'ensemble des instituts relevant d'un même GHT soient associés à l'établissement de santé support du groupement. Le directeur de l'institut dont dépend cet établissement pourrait alors endosser un rôle de pilotage, de coordination et d'interface entre les hôpitaux membres, le Conseil régional, l'ARS.

Bien que dans cette configuration les budgets des instituts resteraient fléchés par le Conseil régional vers les hôpitaux auxquels ils sont rattachés, ce modèle ouvre au cas par cas des perspectives de mutualisation et d'économie d'échelle. Les possibilités sont nombreuses : ingénierie pédagogique, troncs communs d'enseignement, partage de matériels pédagogiques et de locaux, de moyens administratifs et comptables.

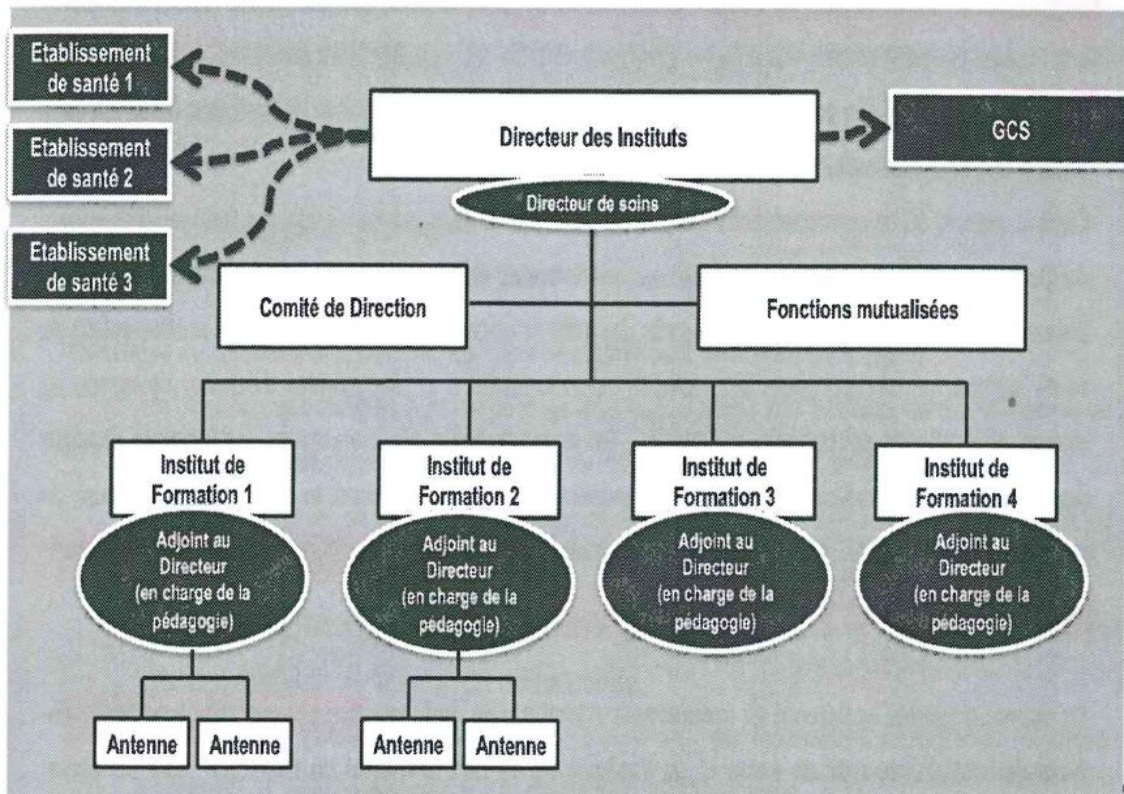
On peut aussi imaginer le développement, par les membres du groupement, d'une politique pédagogique transversale en phase avec le diagnostic et le projet territorial de santé, lisible, moins hospitalo-centrée, ouverte aux acteurs du médico-social, de la prise en charge du handicap et des professionnels libéraux.

En termes d'organisation, le groupement des instituts est coordonné, piloté, par un directeur des soins, assisté d'un comité de direction composé des différents directeurs d'institut composant le groupement.

En résumé, ce scénario est en phase avec les évolutions prévisibles à court et moyen terme avec notamment :

- la création (juillet 2016) des groupements hospitaliers de territoire ;
- la forte cohérence entre offre de formation et besoins sanitaires et médico-sociaux issus du projet médical de territoire ;
- l'optimisation des structures de formation paramédicale et la simplification de leur gouvernance.

Ces coopérations devront se structurer dans la durée afin de garantir stabilité, crédibilité et évoluer, à moyen terme, vers un modèle d'organisation intégrée (voir modèle type 3 – infra).



Modèle – Mutualisation légère⁴⁶

⁴⁶ Formation aux métiers de la santé : défis et perspectives pour une incontournable évolution ; ANdEP ; 2016

3- Modèle « macro – institut – indépendant local »

Ce troisième scénario prolonge et marque l'aboutissement du modèle 2 de coopération qui vient d'être présenté.

C'est « un idéal type » qui a les faveurs de l'association nationale des directeurs d'école paramédicale (ANDEP), exprimé lors des journées d'études des 2 et 3 décembre dernier.

On le trouve déjà sous des formes différentes dans le secteur de la formation paramédicale en France (GCS de moyens, GIP - par exemple dans notre région, le GIP de Maison Blanche) en Europe (Haute école belge, suisse) ou dans d'autres champs de l'enseignement supérieur (écoles d'ingénieurs, IUT, ...).

Il s'agit d'un modèle « intégré », doté de la personnalité morale, autonome juridiquement et financièrement. Les instituts de formation qui le composent deviennent des services qui appartiennent à une entité unique, autour d'une stratégie et d'un projet pédagogique commun. Il s'agit donc d'un institut d'une certaine taille issu du rapprochement, puis de la fusion de plusieurs établissements de formation paramédicale de même ou de différentes filières.

Le macro institut peut être créé à l'échelle d'un territoire (GHT) ou d'un département. Il est employeur, propriétaire (ou locataire) de ses locaux et dispose de la capacité à passer des marchés.

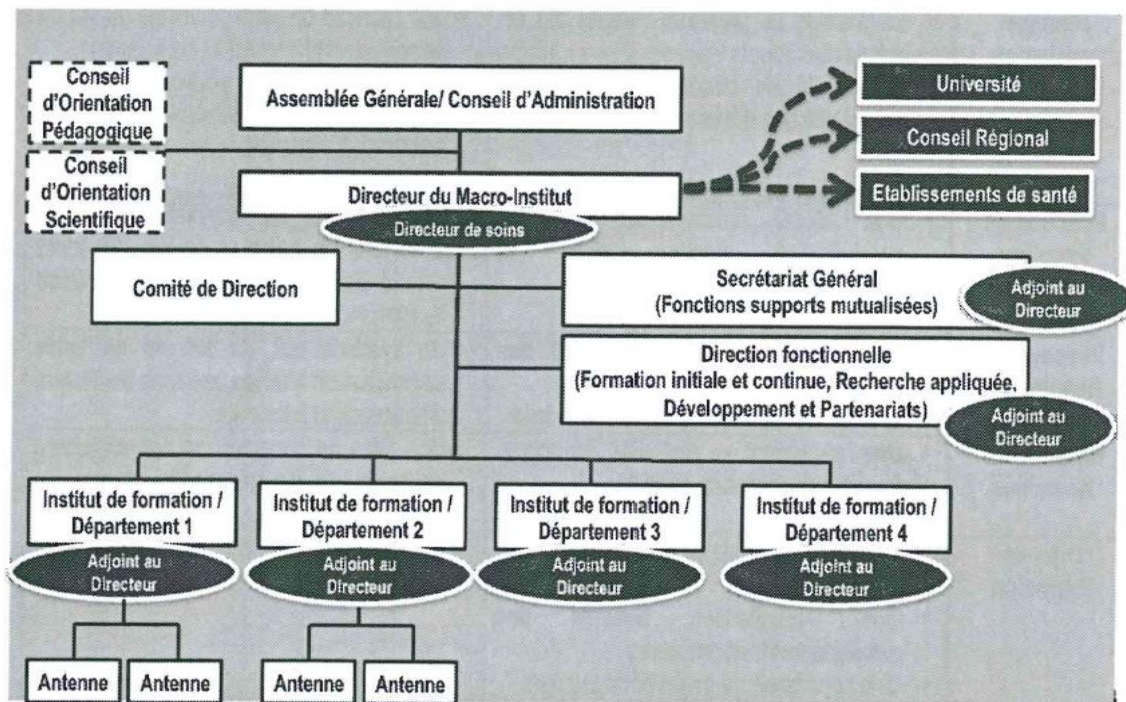
Le Code de la santé publique offre pour ce type de coopération deux outils juridiques déjà souvent utilisés par les établissements de santé pour la mise en commun de leurs activités médicales, industrielles ou leurs prestations de services : **le groupement d'intérêt public (GIP – art. L6134-1 du CSP) et le groupement de coopération sanitaire (GCS – art. L et R 6133-1 du code de la santé publique).**

Ces outils permettent de combiner de manière flexible : autonomie et interdépendance avec toutes les parties prenantes (hôpitaux publics et privés, universités...).

Ce type d'organisation, par la nature même de son objet, par l'autonomie et la simplification des circuits de décision qu'il permet, offre de réelles opportunités de rationalisation, de mutualisation et de développement d'activités nouvelles (formation continue).

Cette autonomie de gestion est à mettre en lien avec une simplification d'exercice du régime de tutelle.

On relèvera, cependant, compte tenu de l'effet volume que génère le macro institut, l'inconvénient d'un maillage territorial moindre que dans les autres configurations.



Modèle – Macro-Institut indépendant local⁴⁷

On peut conclure, en observant :

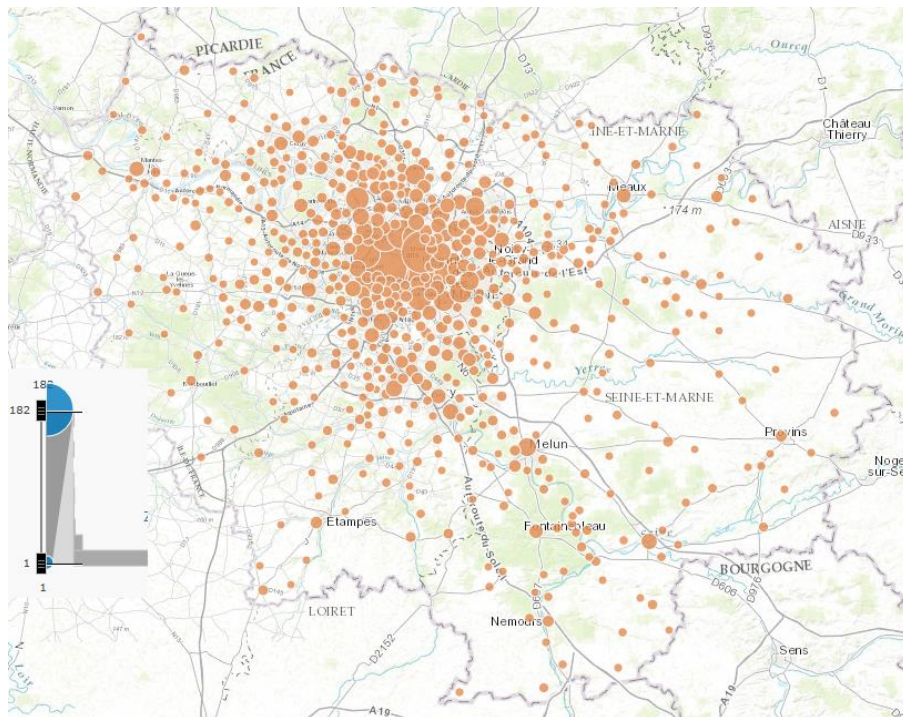
- que ce modèle offre la meilleure garantie en termes d'homogénéité des modes de « faire » (pratiques pédagogiques) et de recherche de qualité des projets ;
- qu'il favorise le développement de la formation continue et le positionnement de l'institut dans un système de plus en plus ouvert (avec l'université) ;
- qu'il peut cependant, compte tenu des organisations éclatées actuellement existantes, difficilement être envisagé dans l'immédiat, mais constitue, lorsque les coopérations territoriales promues par la nouvelle Loi de santé auront été mises en œuvre, **une opportunité de poursuivre une réelle dynamique de renforcement de l'offre régionale de formation paramédicale.**

⁴⁷ Formation aux métiers de la santé : défis et perspectives pour une incontournable évolution ; ANdEP ; 2016

ANNEXE 5 – La démographie des infirmier(e)s libérales(aux)

Répartition des infirmiers libéraux
en cabinet principal dans les communes franciliennes.

Source : SNIIRAM, 1^{er} janvier 2015.



Evolution de la densité entre 2012 et 2015

Département	Effectif IDE 2012	Densité
Paris	1202	53,57
Seine-et-Marne	846	63,86
Yvelines	603	42,80
Essonne	629	51,76
Hauts-de-Seine	529	33,64
Seine-Saint-Denis	637	41,85
Val-de-Marne	600	45,19
Val d'Oise	621	53,02
Ile-de-France	5667	48,08

Densité des infirmiers libéraux
par département en 2015

Source : SNIIRAM, 1^{er} janvier 2015.

Département	Effectif IDE 2015	Densité
Paris	1334	59,83
Seine-et-Marne	925	67,76
Yvelines	663	46,74
Essonne	726	57,90
Hauts-de-Seine	596	37,45
Seine-Saint-Denis	714	45,99
Val-de-Marne	665	49,11
Val d'Oise	712	59,60
Ile-de-France	6335	52,97

Densité des infirmiers libéraux
par département en 2012

Source : SNIIRAM, 1^{er} janvier 2012.

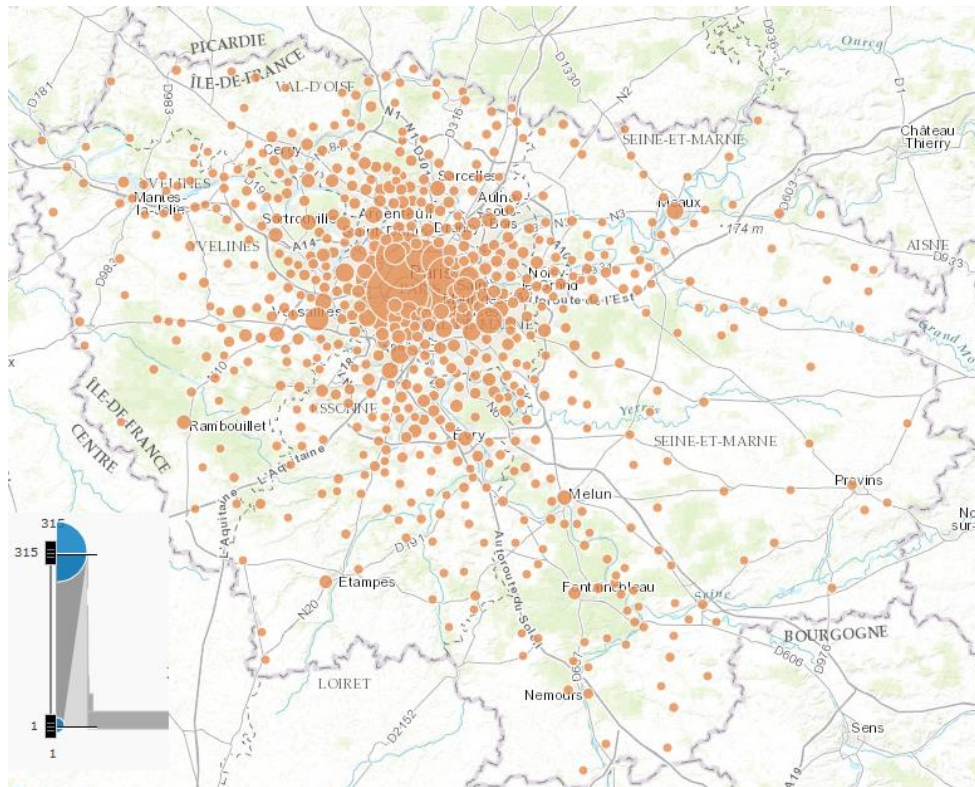
Densités exprimées pour 100 000 habitants

ANNEXE 6 – La démographie des masseurs-kinésithérapeutes libéraux

Répartition des masseurs-kinésithérapeutes libéraux en cabinet principal dans les communes franciliennes.

Source : SNIIRAM, 1^{er} janvier 2015.

Age moyen des professionnels en exercice en 2015 : **44 ans**



ANNEXE 7 – Modalités de prise en charge financière des études en soins infirmiers à l'APHP

CONDITIONS GENERALES DE FINANCEMENT DES FRAIS DE SCOLARITE

L'entrée en institut de formation ne sera possible
qu'après validation de votre prise en charge financière

1/ Publics éligibles à la subvention de la Région pour les formations sanitaires et sociales (frais de scolarité pris en charge par la Région)

- les élèves et étudiants en formation initiale âgés de 25 ans ou moins, à l'exception faite des apprentis,
Justificatif à produire : certificat de scolarité (hors prépa concours)
- les élèves et étudiants sortis du système scolaire depuis moins de deux ans, à l'exception faite des apprentis,
Justificatif à produire : certificat de scolarité (hors prépa concours)
- les jeunes de 16 à 25 ans sortis du système scolaire depuis plus d'un an, suivis par une mission locale,
Justificatif à produire : attestation d'inscription à la mission locale
- les demandeurs d'emploi, inscrits à Pôle emploi depuis 3 mois au minimum, à l'entrée en formation dont le coût de formation n'est pas pris en charge ou partiellement par Pôle emploi,
Justificatif à produire : attestation de situation mentionnant impérativement votre date d'inscription toujours effective.
- les bénéficiaires des contrats aidés (CAE, CIE, Emploi d'Avenir...) y compris en cas de démission,
Justificatif à produire : copie du contrat aidé
- les bénéficiaires du RSA,
Justificatif à produire : attestation de paiement RSA
- les élèves et étudiants ayant réalisé un service civique dans un délai d'un an avant l'entrée en formation
Justificatif à produire : attestation du service civique

Les agents publics (y compris en disponibilité), les salariés du secteur privé, les apprentis, les médecins étrangers, les passerelles, les effectifs de préparation aux concours, les VAE et les démissionnaires de moins de 3 mois (sauf les bénéficiaires d'un contrat aidé avant l'entrée en formation) ne sont pas éligibles à la subvention régionale.

*Epreuves de sélection pour l'accès à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier
Notice – concours Septembre 2016
Page 1 sur 2*

ASSISTANCE  HÔPITAUX
PUBLIQUE DE PARIS

**2/ Si vous n'entrez dans aucune des situations énumérées ci-dessus,
les autres possibilités de financement sont :**

- ✓ La promotion professionnelle pour les salariés hors AP-HP*:
*Vous devez vous renseigner auprès de la DRH de votre établissement et produire la notification de prise en charge par votre employeur.
Une convention de formation sera établie entre votre employeur et le CFDC de l'AP-HP*
- ✓ Le financement par un organisme de type CIF (Fongecif, ANFH...)
*Vous devez constituer votre dossier auprès de votre employeur et produire la notification de prise en charge par l'organisme.
En cas de prise en charge partielle par l'organisme, vous devez vous engager à financer la partie restante.*
- ✓ L'autofinancement
Vous vous engagez à payer vous-même votre formation. Une convention sera établie entre vous-même et le CFDC de l'AP-HP.

*Les salariés de l'AP-HP doivent se renseigner auprès de leur service de formation pour connaître les éventuelles possibilités de financement de leur formation. A l'issue des résultats du concours, les lauréats sont informés individuellement de la prise en charge ou non de leur formation.

Ces informations, communiquées avec le dossier d'inscription, permettent au candidat de préparer son dossier de prise en charge financière dans les meilleures conditions.

CONCOURS d'ENTREE en IFSI

Le cout annuel de la formation menant au diplôme d'état d'infirmier est actuellement de 6900 euros (tarif 2015), auxquels s'ajoutent :

- Le montant des droits d'inscription fixé annuellement par arrêté ministériel (184 euros pour l'année universitaire 2015/2016)
- La cotisation forfaitaire à la sécurité sociale étudiante (215 euros pour l'année universitaire 2015/2016)

Pour tout renseignement complémentaire concernant le financement (devis, formulaires financiers à compléter,...), les demandes doivent être adressées par courrier à

Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
Services Financiers – Bureau 406 A
CFDC
2 rue Saint Martin
75004 PARIS
Téléphone : 01 40 27 44 85 – mail : finet.ide.sap@aphp.fr

Les candidats admissibles doivent faire parvenir, par courrier, les justificatifs demandés en fonction de leur situation respective, à l'adresse indiquée ci-dessus

au plus tard le 7 novembre 2016.

L'entrée en institut de formation ne sera possible qu'après validation de la prise en charge financière par le service financier du CFDC. L'admission définitive sera notifiée par écrit



Conseil économique, social et environnemental régional d'Île-de-France
33 rue Barbet-de-Jouy • 75007 Paris • Tél. : 01 53 85 66 25

www.ceser-iledefrance.fr • [@ceseridf](https://twitter.com/ceseridf)