



Les cahiers de la Vie Fédérale

Année 2010 - N° 39

Août 2010

SOMMAIRE

- **Page 2 :**

Haut Conseil des
professions paramédicales
du 6.07.10 - Déclaration
CGT

- **Page 3 :**

Formation professionnelle
des agents de la Fonction
Publique Hospitalière :
lettre ouverte à la Ministre

- **Pages 4 à 9 :**

Aides-soignants et aides
médico psychologiques

- **Pages 10 à 12 :**

Assemblée générale de
l'ANFH 2010 -
Déclaration CGT

Spécial Formation professionnelle



HAUT CONSEIL DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES DU 6 JUILLET 2010

DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

● ● ● Déclaration CGT

Comme nous l'avons déclaré lors du HCPP du 8 juin dernier, l'article 59 de la loi HPST et tous les décrets d'application qui en découlent, portent d'énormes enjeux tant sur le plan financier de la formation continue que sur les contenus professionnels et de formation des professions de santé, ce qui va impacter fortement les politiques sanitaires et sociales dans les prochaines années.

C'est une réforme majeure qui remplace tout le dispositif de formation actuel, avec fusion des organismes du public et du privé dans un GIP (Groupement d'Intérêt Public).

Ce projet s'inscrit dans la continuité des projets sur la coopération des professions de santé et la réingénierie des programmes de formation des professions paramédicales, en lien avec la réforme de la première année de médecine (rentrée septembre 2010) et celle à venir d'une éventuelle année commune des professions paramédicales (mission DOMERGUE/LEMORTON), mais aussi pour mettre en place la formation pour des « pratiques avancées » en lien avec la mission HENART sur les « professions intermédiaires ».

A terme, la question qui se pose est de savoir si les formations initiales des professions paramédicales, sous la forme actuelle, perdureront. Il y a un risque, aussi, d'éclatement des diplômes nationaux, car dans le projet de décret sur « la transmission d'informations certifiées relative aux titres de formation délivrés aux professionnels de santé et aux personnes susceptibles de concourir au système de soins », il est envisagé la certification de « bouts de métier ». Ce qui pourra conduire à la déréglementation des professions de santé, dans le but de moins payer les qualifications.

Le DPC donne aux professionnels l'obligation individuelle de formation qui s'inscrit dans une démarche

permanente » répondant à des orientations nationales ou régionales.

Pour la CGT, la formation est une nécessité pour rester un professionnel compétent. Mais quels moyens sont mis à disposition du salarié pour qu'il puisse répondre à cette obligation ? D'une part, nous demandons que la traçabilité de la demande du salarié, et l'éventuel refus de l'employeur avec motifs, figure bien dans le dossier de l'agent et qu'il puisse l'utiliser en cas de remise en cause de sa bonne volonté dans cette démarche obligatoire. Peut être est ce prévu dans le cadre du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) ?

D'autre part, il est prévu une formation obligatoire par an, mais comment, dans les conditions actuelles, les agents en activité pourront-ils « acquérir » les compétences des nombreux protocoles issus d'initiatives individuelles ? Nos formations étaient basées sur « apprendre à s'adapter à toutes situations et intégrer toutes nouvelles techniques ». Or, cette conception de protocoles très détaillés dans le cadre de « transfert de tâches » demandera beaucoup de formations.

Les commissions de soins infirmiers, médico technique et rééducation, les Unions Régionales des Professions de Santé (pour les Libéraux) sont consultées dans les régions sur les plans de formation entrant dans le DPC. **Les organisations syndicales sont exclues des principales instances du DPC.** Elles ne sont représentées que dans le collège des paramédicaux du Conseil National du DPC et ne pourront plus avoir un droit de regard, voire être partie prenante, sur les contenus professionnels, pédagogiques dans les OPCA et sur le financement.

Ces textes laissent trop de place aux Ordres, qui, nous le voyons bien, ne sont pas l'outil de reconnaissance des paramédicaux et de leur place dans le système de soins, mais bien l'outil de mise en place de la RGPP, puisque les missions de service public sont confiées à des structures privées.

Quelle possibilité de formation restera t-il

pour les établissements ?

Quid des orientations des établissements et des plans de formation locaux !

Quels moyens pour toutes les missions de l'OGDPC (organisme gestionnaire du DPC), des collèges, des commissions scientifiques et des ARS ?

Nous avons noté que les organismes de DPC transmettent aux OPCA (organismes paritaires collecteurs agréés) et aux employeurs la liste des auxiliaires médicaux ayant suivi au moins un programme de DPC durant l'année. Et, « le cas échéant », à l'Ordre concerné et à l'ARS si pas d'Ordre ? C'est une première avancée, mais nous revendiquons toujours la suppression des Ordres. D'ailleurs les textes, que nous étudions aujourd'hui, font mention d'un projet de loi n'obligeant pas les salariés à s'inscrire à l'Ordre. Quelles parties de ces textes concerneraient les salariés, les libéraux ? Ce n'est pas sérieux.

Les Ordres s'assureraient de l'engagement des auxiliaires médicaux dans une démarche de DPC, en procédant à une vérification annuelle du respect de cette obligation sur la base des attestations transmises par les organismes de DPC (« le cas échéant » l'employeur).

Si l'obligation individuelle de DPC n'est pas satisfaite, le conseil de l'Ordre adresse à l'auxiliaire médical concerné une lettre recommandée. Celui-ci dispose d'un délai de deux mois pour fournir un justificatif ou une réponse motivée. L'Ordre apprécie la nécessité de mettre en place une procédure d'accompagnement personnalisé de DPC. En cas d'échec de cette procédure, l'absence d'engagement de l'auxiliaire médical dans le DPC constitue un cas d'insuffisance professionnelle au sens des articles R. 4311-53 et R.4323-2 du Code de la santé publique.

Pour toutes ces raisons, nous voterons contre tous les projets de textes relatifs au DPC.



Formation professionnelle des agents dans la Fonction Publique Hospitalière

LETTRE OUVERTE

Madame Roselyne BACHELOT, Ministre

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

8, avenue de Ségur

75700 PARIS

Montreuil, le 27 juillet 2010

Madame la Ministre,

Presque un mois d'été s'est écoulé, de nombreux agents sont en congés annuels ou se préparent à partir. Comme les autres années, cette période estivale est un moment de tension importante dans les établissements de la Santé et de l'Action Sociale. En effet, il faut concilier, à la fois, le droit des salariés à prendre des vacances bien méritées avec toutes les conséquences sur les effectifs, et continuer à assurer la continuité de l'accueil des usagers avec toutes les garanties pour la sécurité et la qualité de leur prise en charge.

En cet été 2010, les salariés nous font déjà part d'une dégradation de la situation, à cause de la fermeture de structures ou de lits, faute de remplacements ou de manque de professionnel(le)s. A cette situation, qui se reproduit chaque été, s'ajoute, cette année, une nouvelle problématique.

Pour palier au manque de moyens humains, certaines directions d'établissements de la Fonction Publique Hospitalière obligent des agents en promotion professionnelle (1ère année LMD Infirmier) à reprendre une activité professionnelle en tant qu'aide soignant alors que les nouveaux programmes d'études imposent des recherches et des travaux personnels pour chaque étudiant quelque soit son statut.

Cette situation est inacceptable, car les agents concernés transitent d'un statut d'étudiant à un statut de salarié, perdant ainsi une partie des droits liés à chacune des positions.

Dans le premier cas, ils perdent le bénéfice d'une partie de leur temps de formation personnelle compris dans le programme Licence Master et Doctorat, mesure discriminatoire qui ne les met pas à égalité de réussite avec les autres étudiants.

Dans le deuxième cas de figure, les établissements ne les rémunèrent pas comme les autres agents, puisqu'ils perdent certaines primes, qu'ils subissent une flexibilité accrue et, de surcroît, la réglementation sur le temps de travail n'est pas respectée. Cette obligation de servir s'accompagne le plus souvent de la signature d'un contrat de droit privé dérogatoire, dont nous contestons la légalité.

A plusieurs reprises, les représentants de la CGT sont intervenus dans les instances : Haut Conseil des Professions Paramédicales, Observatoire National de l'Emploi et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière, ainsi que par voie de courriers adressés à vos services (DGOS et Ministère) pour

mettre fin à ces pratiques. Parallèlement dans les établissements, nos syndicats se battent pour faire respecter les droits des agents étudiants et certaines luttes ont été gagnantes. Cependant, à ce jour, nous n'avons toujours pas de réponse concrète de votre part.

Madame la Ministre, tout agent relevant de la Fonction Publique Hospitalière a droit à la formation professionnelle tout au long de la vie (Décret 2008-824 du 21 août 2008). Tout départ dans ce cadre est prévu bien en amont pour respecter les procédures de prise en charge. L'ensemble des frais liés à la formation, est financé par l'ANFH. Il est donc parfaitement inadmissible que les directions rappellent ces étudiants dans le seul but d'économiser des mensualités de remplacement.

Le nouveau programme des études en soins infirmiers a diminué le nombre d'heures théoriques mais a, en contrepartie, augmenté le nombre d'heures de travail personnel. Au final, ce nouveau programme dispose d'un nombre d'heures d'enseignement supérieur au précédent et nécessite encore plus de travail personnel.

Comment peut-on concevoir, alors qu'ils viennent d'acquérir un statut d'étudiant à temps plein avec tous les impératifs et contraintes que cela suppose en termes de charge de travail effectif, de pression mentale, que l'on puisse les obliger à réintégrer un service ?

Madame la Ministre, il est temps pour vous de réaffirmer votre attachement à l'accès à la promotion professionnelle des agents dans les établissements de la Fonction Publique Hospitalière.

Nous vous demandons de prendre en compte la nécessité de clarifier la situation de ces agents afin qu'ils puissent poursuivre leurs études dans les meilleures conditions. Ils se sont beaucoup investis pour préparer et réussir les concours, trouver les financements pour suivre leurs études. Ils doivent être encouragés, accompagnés et soutenus.

En attendant une réponse de votre part, Madame la Ministre, notre organisation syndicale se tient à votre disposition concernant ce dossier.

Nous vous prions d'agréer, Madame la Ministre, l'expression de nos respectueuses salutations.

Mireille STIVALA
Secrétaire Fédérale
Responsable Emploi/Formation

Copie à Mme Annie PODEUR, Directrice DGOS



AIDES SOIGNANTS

AIDES MEDICO PSYCHOLOGIQUES

Les aides-soignants et aides médico-psychologiques, exerçant les fonctions d'assistant de soins en gérontologie dans la fonction publique hospitalière, vont bénéficier d'une prime mensuelle de 90 euros.



Textes de référence

◆ **Arrêté du 22 juin 2010**, fixant le montant de la prime prévue par le décret n° 2010-681 du 22 juin 2010 portant attribution d'une prime aux aides-soignants et aides médico-psychologiques exerçant les fonctions d'assistant de soins en gérontologie dans la Fonction Publique Hospitalière.

◆ **Décret N° 2010-681 du 22 juin 2010**, portant attribution d'une prime aux aides-soignants et aides médico-psychologiques exerçant les fonctions d'assistant de soins en gérontologie dans la fonction publique hospitalière.

Circulaire DHOS RH4/2009/215 du 15 juillet 2009, fixant les axes et actions de formation prioritaire à caractère pluriannuel concernant l'ensemble des fonctionnaires de la Fonction Publique Hospitalière.

Commentaires CGT

Cette nouvelle spécialisation est issue du plan Alzheimer 2008-2012 . A ce jour, nous ne savons pas si des agents ont déjà bénéficié de cette formation au niveau national.

Il est prévu de former 500 agents avant 2012, avec un volume maximum de 10000 agents.

Au Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière, où nous avons eu connaissance de l'attribution de cette prime, les organisations syndicales, ainsi que la FHF, ont exprimé leurs inquiétudes sur cette nouvelle formation qui va encore créer des différences de salaire entre une même catégorie professionnelle, sur la gestion de ce personnel, ainsi que sur cette nouvelle formation dans les établissements de la Fonction Publique Hospitalière. Pour l'instant, à notre connaissance, cette spécialisation ne donne pas aux établissements des moyens supplémentaires pour la mettre en œuvre.

Autre élément : A ce jour, il n'a pas été précisé si les 90 euros de prime peuvent se cumuler avec la Nouvelle Bonification Indiciaire « personne âgée ». La NBI pourrait disparaître dans ces structures ; dans ce cas, les autres agents dans ces services n'auraient plus le bénéfice de celle-ci (10 points indiciaires).

Ces futurs « agents assistants de soins en gérontologie » percevront une prime de 90 euros entièrement prise en charge par l'assurance maladie .

Nous vous tiendrons informés dès que nous aurons des éléments complémentaires à notre disposition.

Une prime mensuelle de 90 euros ([décret 2010-681 du 22 juin 2010](#)) sera désormais versée aux aides-soignants et aides médico-psychologiques de la Fonction Publique Hospitalière. Elle concerne les titulaires ou contractuels, détenteurs d'une attestation de suivi de l'intégralité de la formation spécifique à la fonction d'assistant de soins en gérontologie et exerçant cette fonction dans une unité cognitivo-comportementale, une unité d'hébergement renforcée, un pôle d'activités et de soins adaptés ou dans une équipe spécialisée pour la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

La fonction d'assistant de soins en gérontologie a été mise en œuvre suite au plan Alzheimer (mesure n° 20) et s'adresse aux aides-soignants, aides médico-psychologiques et aux auxiliaires de vie sociale. "L'assistant de gérontologie contribuera à la prise en charge des malades en situation de grande dépendance ou présentant des troubles cognitifs : il lui appartiendra de suivre le plan de soin, d'aide et d'accompagnement proposé par l'équipe médicale et l'infirmière coordonnatrice. L'aide à la vie quotidienne, les techniques de soins spécifiques, la démarche de soins de soutien sont au cœur de son métier."

La formation aux fonctions d'assistant, d'une durée de 140 heures, s'articule autour de cinq modules :

- ◆ concourir à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet individualisé dans le respect de la personne ;
- ◆ aider et soutenir les personnes dans les actes de la vie quotidienne, en tenant compte de leurs besoins et de leur degré d'autonomie ;
- ◆ mettre en place des activités de stimulation sociale et cognitive en lien, notamment, avec les psychomotriciens, les ergothérapeutes ou les psychologues ;
- ◆ comprendre et interpréter les principaux paramètres liés à l'état de santé ;
- ◆ réaliser des soins quotidiens en utilisant les techniques appropriées.

Cette formation est dispensée par l'Association nationale de formation en gérontologie (ANFG), par les Instituts régionaux de formation sanitaire et sociale (IRFSS) de la Croix-Rouge française et d'autres structures de formation à caractère social.

DETAIL DU PROGRAMME DE FORMATION

Cette formation est accessible aux agents diplômés des secteurs sanitaire et social de niveau V, c'est-à-dire aux aide-soignants, aux aide-méxico-psychologiques (AMP) et aux auxiliaires de vie sociale (AVS). Elle peut se réaliser, soit au domicile au sein d'un service de soins infirmiers à domicile (Ssiad), soit en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), notamment dans les unités spécifiques Alzheimer, ou à l'hôpital dans les services de soins de suite et réadaptation (SSR) cognitivo-comportementaux et les unités de soins de longue durée (USLD).

Définition de la fonction et du contexte de l'intervention

L'assistant de soins en gérontologie intervient auprès de personnes âgées, en situation de grande dépendance et/ou présentant des troubles cognitifs, nécessitant des techniques de soins et d'accompagnement spécifiques.

Son intervention s'effectue dans le cadre d'une équipe pluri professionnelle sous la responsabilité d'un professionnel paramédical ou d'un travailleur social, soit au domicile au sein d'un SSIAD, soit en établissement, en EHPAD, notamment dans les unités spécifiques, ou éventuellement à l'hôpital dans les services de soins de suite et réadaptation cognitivo comportementaux et les USLD.

L'assistant de soins assure avec attention, vigilance, ménagement, prévenance et sollicitude, tous les actes qui peuvent concourir à soulager une souffrance, créer du confort, restaurer et maintenir une adaptation de l'individu à son environnement. L'assistant de soins

en gérontologie participe à la mise en oeuvre des projets individualisés associant soins quotidiens, restauration ou maintien des capacités, du lien social et lutte contre la solitude et l'ennui. Dans ce cadre, il contribue à l'évaluation des besoins, à la surveillance, à la prévention des complications et au soutien de personnes âgées présentant des déficiences sensorielles, physiques ou psychiques ou des troubles du comportement et de leurs aidants. Il contribue ainsi à restaurer ou préserver leur autonomie et à maintenir ou restaurer l'image d'eux-mêmes.

L'assistant de soins en gérontologie soigne et prend soin, aide et accompagne des personnes âgées en grande difficulté dans leurs capacités d'autonomie et d'insertion sociale, dans le respect de leurs habitudes de vie, rythmes et choix. En mobilisant les connaissances disponibles, il réalise les soins d'hygiène et de confort adaptés ; accompagne et

aide les personnes dans les actes essentiels de la vie, participe à l'organisation de la vie quotidienne et à la réhabilitation et la stimulation des capacités, établit une relation d'empathie, attentive et sécurisante, pour limiter les troubles du comportement, prévenir les complications et rompre l'isolement.

Les activités exercées au quotidien par l'assistant de soins en gérontologie relèvent des quatre registres suivants :

- ◆ Accompagnement, soutien et aide individualisée,
- ◆ Soins quotidiens,
- ◆ Réhabilitation et stimulation des capacités,
- ◆ Communication et relation à l'environnement.

PUBLIC

Cette formation est accessible aux agents diplômés des secteurs sanitaire et social de niveau V, c'est-à-dire aux aides-soignants, aux aides méxico psychologiques (AMP) et aux auxiliaires de vie sociale (AVS).

Elle peut se réaliser, soit au domicile, au sein d'un service de soins infirmiers à domicile (Ssiad), soit en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

(Ehpad), notamment dans les unités spécifiques Alzheimer, ou à l'hôpital dans les services de soins de suite et réadaptation (SSR) cognitivo comportementaux et les unités de soins de longue durée (USLD).

Elle est composée de 5 modules pour une durée totale de 140H00 :

◆ **Module 1 :** Mieux accompagner et communiquer plus efficacement avec les patients atteints de démences de type Alzheimer (5 j – 35H00) ;

◆ **Module 2 :** La relation soignant/

soigné (3j – 21H00) ;

◆ **Module 3 :** Alimentation des personnes âgées et prévention de la dénutrition (3j – 21H00) ;

◆ **Module 4 :** Comprendre et gérer les mini-conflits avec les familles (2j – 14H00) ;

◆ **Module 4 bis :** Ethique, douleur et fin de vie (2j – 14H00) ;

◆ **Module 5 :** Maîtriser les stimulations cognitives (5j – 35H00).

Durée :
5 modules
pour une
durée
totale de
140 Heures

Mission Hénard/Cadet/Berland sur les nouveaux métiers

Depuis quelques années, le gouvernement a amorcé une réflexion sur la formation des auxiliaires médicaux et entrepris la redéfinition des diplômes :



la VAE.

- ◆ **2005** : nouveaux référentiels d'activité et de formation aide-soignant, auxiliaire de puériculture, préparateur en pharmacie, éducateur spécialisé pour mise en œuvre de la VAE.
- ◆ **2009** : mise en œuvre du nouveau programme de formation infirmier, dans le cadre du cursus universitaire LMD.
- ◆ **2010** : création d'une 1ère année commune aux études de santé (médecine, odontologie, pharmacologie, maïeutique).
- ◆ **2008 à 2010** : refonte de tous les programmes de formation des professions paramédicales, en vue de les intégrer dans un cursus universitaire.
- ◆ **Janvier 2010** : la commission des affaires sociales donnait mission aux députés Domergue et Lemorton pour un bilan sur la « lisibilité » des formations des auxiliaires médicaux et la « faisabilité » d'une 1ère année commune des professions paramédicales. Le rapport d'information (N° 2712) a été rendu public en juillet 2010.
- ◆ **En Mai 2010** : les Ministres de l'Enseignement Supérieur et de la Santé donnaient mission à Mr Hénart pour envisager la création de nouveaux intermédiaires entre Bac+3 et Bac+10 dans le domaine de la santé. Le rapport serait rendu public à l'automne 2010.

La CGT a été auditionnée en mai pour la mission Domergue/Lemorton, et en juillet pour la mission Hénart.

Audition de la CGT, le 20 juillet 2010 par la mission Hénard

Pour la CGT, nous préférons le terme « **professions intermédiaires** » à celui de « nouveaux métiers » pour définir de nouvelles qualifications pour les professions de santé paramédicales. C'est une exigence que le contenu professionnel évolue, afin de tenir compte des nouveaux besoins des populations, des progrès techniques et médicaux, des nouvelles thérapeutiques. Il doit aussi prendre en compte et valoriser les compétences acquises par l'expertise empirique des professions paramédicales, et non pas les utiliser dans le seul but de gérer la pénurie médicale. Elles doivent rester des professions de santé réglementées.

Ces nouvelles qualifications devront être reconnues à minima niveau Master 2, dans la suite logique de la

reconnaissance du niveau Licence accordé à la profession infirmière en 2012, et aux autres professions paramédicales, avant fin 2015.

Le niveau Master 2 devrait, de fait, être déjà accordé aux spécialités infirmières : IBODE, IADE, puéricultrice, cadre formateur et cadre gestionnaire.

Pour la CGT, le terme « **nouveaux métiers** » recouvre plutôt de nouvelles missions dans le domaine de l'informatique, du secrétariat médical et des techniques bio médicales qu'il est tout à fait pertinent de reconnaître à leur juste niveau. Cela doit permettre aux paramédicaux de travailler sur le cœur de leur métier sans être « parasité » par des activités annexes dévoreuses de





temps au quotidien, au détriment de la prise en charge du patient.

En 2010, on voit avec le **rapport Domergue-Lemorton** (projet d'une première année des études paramédicales, dans le même schéma que la 1ère année des études médicales, effective pour la rentrée de septembre 2010), et la **mission Hénart/Berland/Cadet** sur les nouveaux métiers, qu'il y a une même logique qu'en 2002/2003 avec les **Rapport Berland** (transferts de compétences médicales vers les paramédicaux ; compétences partagées entre paramédicaux), le **Rapport Debouzzi** (1ère année commune des études de santé) et le **Rapport Thuillier/Bach** (études médicales en lien avec LMD).

Nous partageons l'idée que les contenus professionnels, les contenus et l'organisation de la formation initiale sont implicitement liés. Nous regrettons le retard pris sur ces dossiers et le refus du gouvernement de travailler, de concert, ces 2 dossiers, préférant mettre en œuvre l'article 51 de la loi HPST sur les « **coopérations de santé** », et privilégiant la reconnaissance de la compétence individuelle avec, à terme, l'individualisation du salaire, plutôt qu'une démarche de reconnaissance collective des qualifications et des salaires.

Les contenus professionnels doivent prendre en compte l'évolution technique, les nouvelles pathologies, les nouveaux traitements, les prises en charge d'hospitalisation et de soins à domicile dans un cadre public, les demandes des populations qui veulent comprendre et gérer leur pathologie, leur traitement...

La pénurie des professions médicales a été volontairement organisée, depuis plusieurs dizaines d'années, dans le but de transférer des compétences médicales aux paramédicaux, afin de diminuer les coûts salariaux par la non reconnaissance des qualifications et, ainsi, diminuer les dépenses de santé socialisées.

En outre, les bouleversements de la **formation initiale des professions médicales et paramédicales** de niveau 1, 2 et 3 nécessitent de repenser la formation des catégories de niveaux 4 et 5 du secteur sanitaire et social.

Cela renvoie aussi aux filières de l'Éducation Nationale avec des possibilités de sorties au niveau BEP et BAC professionnel, pour une entrée en activité immédiate, mais aussi dans le cadre de la poursuite d'études dans l'enseignement supérieur pour les professions de santé.

La formation post Bac relève du niveau de l'Enseignement Supérieur ; les formations paramédicales sont concernées, il n'est que justice qu'elles soient reconnues à niveau Licence et Master 2.

Nous portons la revendication que ces formations se fassent sous forme de cursus universitaires permettant des réorientations choisies en cours de formation ou de carrières professionnelles par l'acquisition d'UV (unité de valeurs) et ECTS (crédit équivalents et transférables).

La formation initiale doit intégrer les nouvelles compétences et les nouvelles responsabilités dues à l'évolution du contenu professionnel. Cela doit être reconnu par de nouveaux niveaux de qualification, eux même reconnus dans les grilles salariales.

La CGT porte l'idée d'université de santé avec une filière médicale (médecins, pharmaciens, odontologistes, sages femmes), et une filière paramédicale (soin, rééducation, médico technique).

Dans ces deux filières, il est nécessaire de créer des disciplines afin d'aller de la Licence au Doctorat.

C'est toute la bataille de la CGT (et de beaucoup d'associations), lors des rencontres au Ministère de la Santé et des travaux sur la ré ingénierie des formations paramédicales pour l'exigence de créer, dans la **filière paramédicale, trois disciplines/domaines : soins, rééducation, médico technique**, afin que les enseignants soient issus de la profession et permettent le travail de recherche par les pairs sur les pratiques professionnelles, leurs évaluations et l'évolution du contenu professionnel.

Le refus du ministère tient au fait que créer la filière du L au D oblige, après la reconnaissance salariale de niveau licence, de reconnaître les niveaux Master et Doctorat, et que cela se paie.

Il veut aussi imposer sa logique de **métiers nouveaux**, entre Bac+3/5 et Bac+10, qui pourraient ne pas être accessibles à tous les paramédicaux, mais le seraient à d'autres professionnels que ceux issus des filières santé.

C'est à terme :

- ◆ déréglementer l'exercice paramédical en certifiant des « bouts de métiers », dans le cadre d'une protocolisation d'actes techniques, au détriment d'une prise en charge globale à partir des besoins individuels de la personne soignée ;
- ◆ remettre en cause les DE par l'autorisation de protocoles étendus à un établissement, une région dans l'objectif de payer « une compétence individuelle » et non des qualifications collectives ;
- ◆ installer progressivement la rémunération individuelle des professionnels.



Quelques propositions et pistes de réflexions

• Pour la profession infirmière :

Il y a des spécialisations en termes :

♦ de **prise en charge de populations particulières** : les enfants pour les puéricultrices ; il devrait y avoir une spécialisation pour les personnes âgées. Nous sommes en réflexion pour les personnes en difficulté psychologiques ou psychiatriques.

♦ **d'approfondissement de techniques infirmières**, comme l'anesthésie et la chirurgie pour la prise en charge d'une personne anesthésiée ou opérée.

Aujourd'hui, le niveau Licence est accordé au DE infirmier, après les travaux de ré ingénierie et la mise en œuvre du nouveau programme à la rentrée 2009. Pour les spécialisations IADE, IBODE, PUER, les travaux de ré ingénierie se sont transformés en travaux « pratiques avancées » pour reprendre à l'automne 2010, à nouveau, sous le titre ré ingénierie.

Nous pensons qu'il y a 2 niveaux de qualification chez les paramédicaux :

Infirmière :

⇒ **1er niveau à la sortie du L** qui donne possibilité d'exercice en soins généraux, puis à partir de quelques années d'exercice : validation de l'expérience + retour en formation = niveau maîtrise ;

⇒ **2ème niveau,**

1. Ce qui existe déjà :

♦ **expertise/spécialisation dans un domaine technique** tels l'anesthésie ou la chirurgie, qui doivent rester du domaine du soin infirmier, reconnues obligatoirement au niveau Master 2 avec exclusivité de fonction.

♦ **expertise/spécialisation pour une population particulière**, comme les puéricultrices pour les enfants, avec l'exigence d'une exclusivité de

fonction dans les structures d'accueil et de soins pour enfants.

2. Nous demandons la création d'une spécialisation pour les personnes âgées, compte tenu du vieillissement de la population, de la polyopathie et de la chronicité des pathologies.

3. Nous sommes en questionnement pour les populations à fragilité psychiatrique ou psychologique.

Se pose la question pour l'exercice en psychiatrie : chacun s'accorde à dire que la formation actuelle ne suffit pas pour être compétent, elle ne donne pas les connaissances à une bonne prise en charge pour des soins en psychiatrie.

On ne peut augmenter le contenu de la formation au risque d'une intensité du programme sur les 3 années.

Est-ce à dire que la spécialisation est un passage obligé ?

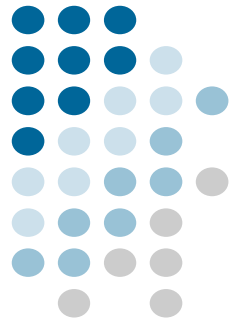
Est-ce à dire qu'il pourrait y avoir, via les stages effectués, une spécialisation ?

Si spécialisation en psy il y aurait, faudrait-il exclusivité de fonction, sinon il pourrait y avoir risque de difficulté entre le rôle d'infirmière en soins généraux et spécialistes en psychiatrie !

4. **L'expertise dans un domaine particulier** : cardio, cancéro, addicto, soins palliatifs... On peut considérer que cela relevait, avant, du rôle des cadres de santé. Ils faisaient office d'experts dans les services, nommés à l'ancienneté ou pour leur compétence.

Peut-on envisager des DU de ces spécialités, reconnus au niveau Master ? Cela n'enferme pas à rester toujours dans la spécialité du DU, car la formation « généraliste » du niveau licence permet d'exercer dans d'autres secteurs.

Si on passe un DU dans une autre spécialité, on ne cumule pas pour un niveau doctorat, mais





peut-on envisager, comme dans le statut de la Fonction Publique, une bonification d'échelon ?

Pour ces 2èmes niveaux (expertise technique ou spécialisation population/domaine), cela nécessite la reconnaissance d'autonomie de décision et de la maîtrise d'un jugement clinique pour ce qui relève du rôle propre (orientation du patient, mais aussi réajustement de traitement pour des malades chroniques stabilisés en lien avec le corps médical...).

Il ne faut pas confondre la possibilité de transfert d'actes, que permet le progrès technique, qui sont à lister, et les nouvelles compétences à transformer en qualifications par la reconnaissance de l'expertise empirique.

Attention avec l'article 51 de la loi HPST, qui à partir d'expérience individuelle de terrain et contractualisée entre 2 professionnels (médecin/paramédical ou paramédical/paramédical) permettra d'étendre à la région, et si validé par l'HAS, entrera dans la formation initiale et DPC pour ceux en activité. Il y a là tous les risques de validation de bout de métiers.

● Pour la filière rééducation :

Il y a 7 métiers différents :

- ◆ masseur-kinésithérapeute,
- ◆ Pédicure podologue,
- ◆ ergothérapeute,
- ◆ orthophoniste,
- ◆ orthoptiste,
- ◆ psychomotricien,
- ◆ diététicien.

Même si tous sont des métiers de rééducation, de réadaptation, pour certains ils sont différents

mais nécessitent aussi des professionnels, et des enseignants issus de ces filières.

Faut-il des rééducateurs spécialisés ou non ?

⇒ Niveau 1 : en sortie du DE,

⇒ Niveau 2 : expertise/spécialisation pour une population ou un domaine particulier.

Les connaissances actuelles ne permettent pas de ne pas déborder sur les 3 années dans lesquelles le ministère veut contraindre les études de kiné et leurs formateurs.

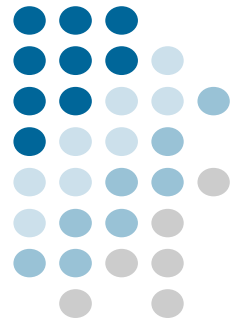
De plus, il faut savoir que, pour les kinés, la ré ingénierie n'est pas terminée et que la profession réclame le niveau MASTER soit M1 ou M2 direct avec entrée par L1 médical (ce qui se fait dans 70% des écoles de kinés actuellement et depuis plus de 10 ans pour certaines, le rapport de l'IGAS sur cette évaluation n'est toujours pas rendu public), et non pas avec une année commune en études paramédicales.

Nous nous opposons aux propositions de création du titre d'aide rééducateur. Ces fonctions d'aide ont été abandonnées, à juste raison, pour les manipulateurs radio et les techniciens de laboratoire.

● Pour la filière médico technique :

La ré ingénierie, pour les manipulateurs en radiologie, a débuté en début 2010. Nous pensons qu'il peut y avoir un 2ème niveau qui serait déjà la reconnaissance des dosimétristes. La réflexion est en cours pour ce qui concerne la réalisation des échographies.

La ré ingénierie des techniciens de laboratoire sera débutée à l'automne.



Déclaration CGT

- L'adage dit : « les années se suivent et ne se ressemblent pas ». Je ne m'aventurerai pas à infirmer ou confirmer celui-ci, mais je peux dire que l'année 2009 a été dans la continuité des années précédentes pour l'ANFH.
- De la refonte des statuts, au passage en OPCA, notre association poursuit la route de son évolution interne et de l'amélioration de ses services au bénéfice des établissements et agents.

Ce que nous prouve le rapport d'activité :

Nous voyons une montée en charge financière, avec le passage à 0,6% pour le FMEP (fonds mutualisé de financement des études relatives à la formation professionnelle), donnant un total de plus de 650 M d'€, pour l'ensemble des cotisations.

Malgré les difficultés que rencontrent les établissements et les nombreux plans de retour à l'équilibre, les structures continuent de miser sur la formation.

Ainsi, nous voyons que 16 nouveaux établissements ont rejoint notre OPCA, ce qui amène le nombre d'établissements adhérents à 2 322, soit 92,5%. Espérons et oeuvrons pour que ce chiffre gagne toutes les régions. C'est la preuve de la place de l'ANFH dans le champ sanitaire, mais aussi dans le champ de la formation.

Sur les 775 636 agents couverts par l'ANFH, 58,6% sont partis au moins une fois en formation. C'est un chiffre encourageant et l'objectif est de l'améliorer.

Comme l'année précédente, c'est la catégorie C qui a le plus bénéficié de départs en formation.

Si on regarde de plus près les différents fonds, nous voyons que :

- ◆ le plan 2,1% est consommé à hauteur de 98%,
- ◆ le FMEP à hauteur de 60%,
- ◆ le CFP (congé de formation professionnelle) à hauteur de 90,7%.

En allant plus loin dans les données d'activité, nous constatons que le 2,1% est essentiellement utilisé pour les formations de type 2 a, b, c, représentant 94% des formations.

En seconde place, arrivent les formations de type 2 (préparation aux concours) représentant loin derrière 2,2%. Viennent, ensuite, les formations de

type 1 (formation initiale) pour seulement 1,8% ; et enfin, en dernière position, les formations de type 4 (EP), pour seulement 1,7%.

Ce constat est important, car il montre à la fois que la qualité des soins et du service public passe par l'adaptation des compétences des agents, mais il montre aussi que la formation initiale et les EP sont encore trop peu financées.

Pour la CGT, la formation initiale, c'est la possibilité de la 2^{ème} chance pour les agents. Elle leur permet une qualification, et à partir de là, elle garantit la compétence et donc la qualité du service public. C'est aussi un moyen de participer à la résorption de l'emploi précaire.

Concernant le CFP, nous avons franchi la barre des 50 M€.

Ce volume financier a permis de financer 3 707 dossiers, soit 78% des demandes.

Les 3 707 dossiers retenus se répartissent ainsi :

- ◆ 57% de dossiers classiques,
- ◆ 23% de VAE,
- ◆ 18% d'études promotionnelles.

Il est vrai que nous devons être attentifs à la consommation sur le CFP, du fait de la mise en place des critères nationaux. Même si ceux-ci semblent poser question, il est important d'avoir un traitement équitable des dossiers des agents sur le territoire. Bien entendu, l'évaluation annuelle doit permettre l'évolution de ces critères pour un meilleur traitement.

Je souhaiterai également faire un focus sur les EP et croiser les données des différents fonds.

A cette occasion, nous voyons que 60% sont financés sur le FMEP qui est sa seule vocation. 18,5% sur le CFP et 1,7% sur les plans.

On peut comprendre que le FMEP, qui n'a pas atteint son maximum en 2009, ne soit pas entièrement consommé, mais pour la CGT, ce chiffre doit progresser.

Ce fonds, pour lequel nous nous sommes battus (avec d'autres syndicats) participe à la sécurisation des parcours professionnels. Il permet de répondre aux projets professionnels des agents et à leur évolution de carrière.

S'inscrire dans un projet d'EP, c'est la preuve de l'engagement et de la motivation des agents pour le service public, et ils doivent pouvoir trouver une réponse.





De même, le financement des EP dans le plan, doit pouvoir progresser. Le FMEP ne dispense pas cela, au contraire cela peut être complémentaire du fait des besoins actuels.

Le FMEP est accordé au niveau de la région, alors que le plan est décidé en interne des établissements. Prendre en charge des EP dans le plan, c'est anticiper les besoins, c'est s'inscrire dans la GPMC (gestion prévisionnelle des métiers et compétences), tout en participant à l'évolution des agents.

Pour cela, nous devons améliorer l'information auprès des établissements qui pensent que financer les EP, quel que soit le dispositif, c'est avoir l'obligation de fournir un poste adéquat avec le nouveau diplômante. Ce qui n'est pas le cas, alors pourquoi se priver, et priver les agents des dispositifs.

Le FMEP, comme le plan mais aussi le CFP, doit servir avant tout aux projets professionnels des agents, ce qui rejoint de toute façon les besoins des ETS.

Nous avons la chance d'avoir différentes possibilités de financement des EP qui participent pleinement à la sécurisation des parcours professionnels, alors utilisons-les.

Une remarque tout de même sur les EP financées sur le CFP, car nous constatons que plus de 60% de celles-ci concernent la catégorie C.

La CGT le regrette, car il s'agit de la catégorie qui, en matière de salaire, est la moins favorisée, et bien que le décret FTLV (formation tout au long de la vie) ait permis une prise en charge à 100% la première année, elle tombe à 85% ensuite.

Cela nous apparaît complètement contradictoire avec la sécurisation des parcours professionnels. En effet, comment être serein pour réussir sa formation, quand celle-ci est conditionnée par des problématiques logistiques et financières personnelles. Il ne faut pas oublier que le CFP est le seul dispositif à l'initiative des agents et, en cela, il fait partie intégrante de la sécurisation des parcours professionnels.

Il en est de même pour les formations assorties d'obligation de service. Comment parler de sécurisation des parcours, quand les agents ont à attendre plusieurs années avant de réaliser ce pour quoi ils ont suivi une formation.

Dans le même domaine, nous n'envisageons pas qu'avec la mise en place du LMD, les agents soient appelés à revenir travailler dans les services durant les périodes de vacances scolaires. Cela va à l'encontre de la philosophie des EP où les agents doivent être détachés de toutes contraintes professionnelles et se consacrer entièrement à la réussite de leur cursus de formation.

Même si on peut comprendre la recherche de solution de la part des établissements pour pallier

aux besoins de remplacements, les études nécessitent aussi du travail personnel non négligeable.

Détacher les agents complètement en EP, c'est garantir la sécurisation du parcours professionnel de l'agent, parce que c'est lui donner les moyens de sa réussite, c'est aussi le responsabiliser en le mettant acteur de sa formation.

Ceci dit, nous pouvons nous satisfaire de la mise en place des multi financements pour les EP, ce guichet unique complètement transparent pour les agents, est une avancée précieuse. D'autant plus que le président des régions de France a déclaré, il y a quelques semaines lors d'une interview, que les deux objectifs principaux des conseils régionaux sont la sécurisation des parcours professionnels et travailler plus étroitement avec les OPCA.

L'ANFH, c'est aussi son management interne

Le travail a commencé en janvier 2009, mené par le séminaire des composantes, permettant la participation de tous les représentants au CE, et avec l'aide du cabinet de consultants CMI.

Mettant sur la table les difficultés que nous avons rencontrées, nous avons travaillé sur une redéfinition des rôles et missions, et de façon plus claire les rôles et responsabilités entre administrateurs et professionnels de l'association (politiques et techniques).

A l'évidence, l'évolution et l'ampleur que connaît l'ANFH ne nous permettaient plus de fonctionner comme avant.

Le premier travail est à porter sur la formalisation d'une procédure de la « commande politique », parce que nous nous sommes aperçus que nous n'étions pas forcément bons dans ce domaine... Et la nature ayant horreur du vide...

Replacer les administrateurs comme décideurs des politiques à mener nécessite qu'on puisse être clairs et précis dans nos demandes. Et pour que cette démarche soit concrète et opérationnelle rapidement, nous nous sommes appuyés sur le projet stratégique et les objectifs déterminés et à venir.

C'est un travail long qui nécessite qu'on ne se précipite pas et qui nécessite l'appropriation par tous de la démarche. C'est pourquoi, il est prévu une présentation à cette assemblée, au même titre que nous avons développé les a-m du CA.

Le travail se poursuit, car le repositionnement des acteurs et des différentes commissions du niveau national doit, aujourd'hui dans un souci de cohérence, se décliner au niveau régional.

En conclusion, je souhaiterais aborder la loi HPST qui, dans sa déclinaison, impacte notre association





En effet, dans le cadre de l'article 59 de la loi HPST, notre tutelle soumet aux instances paritaires nationales, et dans l'urgence, tout un arsenal de décrets concernant l'obligation de formation, appelé DPC (développement professionnel continu).

On aurait pu penser que ce dispositif concernerait les acteurs de la santé libéraux, pour lesquels le besoin d'une structure de coordination de la formation peut être légitime.

Mais, il n'en est rien, puisque les textes s'adressent à tous les professionnels de santé libéraux et salariés publics et privés.

L'ANFH est touchée, de plein fouet, par ce dispositif réglementaire qui prévoit la mise en place d'un OGDPC (organisme de gestion du développement professionnel continu) qui est un GIP et un CNDPC (conseil national du DPC).

Vous décrire oralement la construction et l'intrication de ces deux structures, qui se décomposent elles-mêmes en plusieurs collèges, est un exercice difficile.

Pour l'essentiel, il faut savoir qu'adosés à OGDPC et CNDPC, existent des commissions scientifiques indépendantes, au nombre de 5 (1 pour les médecins, 1 pour les sages-femmes, 1 pour les dentistes, 1 pour les pharmaciens, 1 pour les auxiliaires médicaux) sur qui va reposer l'étatisation des plans de formation pour faire court.

Ces collèges sont composés de professionnels issus des ordres professionnels et de personnes qualifiées.

Une présence syndicale existe encore pour les organisations représentatives au sein du CNDP, qui a pour mission de donner un avis au ministre sur les orientations nationales du DPC, proposées par les commissions scientifiques.

En tant que représentante CGT et administrateur de notre OPCA, cet arsenal est inacceptable pour différentes raisons :

◆ l'urgence de faire passer ces textes n'est pas corrélée à une quelconque urgence pour les salariés du champ sanitaire et notamment la FPH, en matière de formation continue.

◆ l'OGDPC est un GIP qui n'aura pas les mêmes obligations dans ses frais de gestion. On peut appeler cela de la concurrence déloyale, et quid de son

financement.

Le projet DPC fait table rase du paritarisme et du dialogue social qui a fait ses preuves et qui montre la possibilité d'avancer et de construire par la discussion.

Il impose les ordres comme seuls légitimes pour décider des orientations nationales en matière de formation, et des besoins des établissements.

Il ne tient plus compte du développement personnel professionnel et des parcours professionnels.

Ce dispositif ne tient pas compte des OPCA existants et du travail réalisé par eux.

Le décret FTLV vient de paraître et les obligations contenues dans le projet DPC sont déjà en place à l'ANFH pour 90% des agents de la fonction publique hospitalière ; Et on l'a vu avec le rapport d'activité qui montre, entre autre, que 58% des agents partent en formation. L'obligation de formation des établissements et des agents sont déclarées selon un formulaire paru il y a quelques mois. Les entretiens de formation et les passeports de formation sont prêts et accessibles.

Le DPC transfère la responsabilité collective sur la responsabilité individuelle, puisque les ordres contrôleront la formation suivie par les individus qui devront prouver qu'ils se sont formés. Quid des plans de formation et des nécessités institutionnelles pour répondre aux besoins de soins des populations.

Pour toutes ces raisons non exhaustives, sachez que la CGT, présente au Haut Conseil des Professions Paramédicales et au Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière, s'opposera à la mise en place de ce dispositif pour ce qui nous concerne, ici les salariés de la fonction publique hospitalière, de même que nous n'accepterons pas la proposition de convention entre notre OPCA et l'OGDPC.

L'ANFH est plus que mieux placée dans le champ de la santé. Elle s'est toujours adaptée aux exigences réglementaires comme aux besoins des établissements et des agents, pour contribuer à la qualité de notre service public. C'est ce que nous défendrons, comme nous l'avons toujours fait.

Je vous remercie de votre attention.

