



EHESP

Filière Directeur des soins

Promotion : **2018**

Date du Jury : **Décembre 2018**

**Un parcours qualifiant organisé par le
Directeur des soins facilitant le
développement de compétences**

Nathalie GOUTEY

Remerciements

Nous remercions Mme Isabelle Monnier ainsi que l'ensemble des intervenants qui ont participé à l'accompagnement de notre mémoire et également Mme Christine Champion qui a accepté de nous tutorer pour ce travail.

Nous remercions également les professionnels qui ont accepté de nous consacrer du temps pour notre enquête.

Nous avons une pensée également pour notre famille qui, au cours de cette année, a été présente pour nous accompagner dans ce parcours de professionnalisation.

Sommaire

Introduction	1
1 Un cadre conceptuel	5
1.1 Des compétences à un nouveau métier	5
1.1.1 De compétences individuelles à des compétences collectives	5
1.1.2 Un parcours qualifiant	8
1.1.3 Des nouveaux métiers.....	12
1.2 Un dispositif structuré.....	13
1.2.1 Réglementation de la formation continue	14
1.2.2 Structuration et financement du plan de formation	16
1.3 Des acteurs : Directeur des Soins et Directeur des Ressources Humaines.....	18
1.3.1 Les missions du DS et du DRH	18
1.3.2 Des projets, une GPMC	20
2 Enquête.....	25
2.1 Méthode.....	25
2.1.1 L'objectif de l'enquête.....	25
2.1.2 La méthodologie.....	25
2.1.3 Le modèle d'analyse	26
2.1.4 Les limites de l'étude.....	27
2.2 Analyse	27
2.2.1 Le positionnement des acteurs.....	27
2.2.2 Des projets de soins et des nouveaux métiers	32
2.2.3 La collaboration DS DRH	35
2.2.4 Synthèse de l'analyse	39
3 Un parcours qualifiant organisé au service du développement des compétences ...	43
3.1 Positionnement du DS.....	43
3.1.1 Le plan de formation	43
3.1.2 Une stratégie à travers le projet de soins et celui du GHT	45
3.1.3 Des mesures pour faciliter l'accès à un parcours qualifiant	46

3.2	Une collaboration au service du développement des compétences	48
3.2.1	Le DS collabore avec le DRH	48
3.2.2	La GPMC.....	49
3.2.3	Un outil commun.....	50
3.3	Un projet managérial du DS pour un parcours qualifiant.....	51
3.3.1	Au niveau de l'encadrement de pôle.....	51
3.3.2	Le cadre de santé.....	52
	Conclusion.....	54
	Bibliographie.....	57
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AAH	Attaché d'administration hospitalière
ANFH	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
ARS	Agence régionale de santé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CH	Centre hospitalier
CS	Cadre de santé
CGS	Coordonnateur général des soins
CSS	Cadre supérieur de santé
CTE	Comité technique d'établissement
DIF	Droit individuel à la formation
DPC	Développement professionnel continu
DRH	Directeur des ressources humaines
DS	Directeur des soins
DPC	Développement professionnel continu
DU	Diplôme universitaire
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GPEC	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
GPMC	Gestion prévisionnelle des moyens et des compétences
HAS	Haute autorité de santé
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IPA	Infirmier de pratiques avancées
OPCA	Organisme paritaire collecteur agréé

Introduction

Notre système de santé est confronté à l'augmentation des maladies chroniques, le vieillissement de la population, le développement de nouvelles technologies, de nouvelles thérapeutiques... Les professionnels doivent s'adapter. Ils le font notamment en développant leurs compétences. Ainsi, la stratégie nationale de santé 2018-2022 qui constitue le cadre de la politique de santé en France a un axe qui précise la nécessité de « prendre soin de ceux qui soignent ». Pour répondre à cet axe, il est proposé de « consolider et assurer la promotion du développement professionnel continu (DPC), d'adapter les formations aux priorités de santé publique, aux évolutions et à l'émergence de nouveaux métiers, de développer de manière progressive des modalités de re-certification des compétences »¹. En continuité de la stratégie nationale de santé le 18 septembre, M. Macron, Président de la République, a présenté le projet « Ma Santé 2022 : un engagement collectif ». Dans le dossier de presse, il rappelle que « les Français sont profondément attachés à leur système de santé, au principe de solidarité qui le fonde et sont plus que jamais reconnaissants envers les professionnels de santé qui les soignent au quotidien »². Agnès Buzin, quant à elle, évoque l'évolution du positionnement des professionnels qui sont « en demande de travailler plus collectivement, de bénéficier de nouvelles perspectives pour diversifier leurs parcours professionnels et de bénéficier de formations qui favorisent les passerelles et ne les enferment pas définitivement dans un seul métier »³. Les professionnels sont un atout pour notre système de santé et leurs besoins évoluent comme ceux des patients. Nous avons souhaité pour ce temps de réflexion et de recherche nous axer sur le développement des compétences des professionnels à travers la formation.

Au cours de notre expérience professionnelle, nous nous sommes interrogés sur le positionnement du Directeur des soins (DS) face à l'évolution des compétences des professionnels.

Au sein de l'établissement où nous exerçons, le plan de formation pour les paramédicaux est construit en collaboration avec le responsable formation de la direction des ressources humaines et le Coordonnateur général des soins (CGS). Concernant les formations diplômantes, le CGS en collaboration avec le responsable formation valide ou pas la demande. A notre connaissance, il n'existe pas de critères précis pour valider la demande

¹ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, 20 décembre 2017, *Stratégie nationale de santé 2018-2022*, (visité le 02 février 2018), disponible sur internet <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>

² MINISTERE DE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, 18 septembre 2018, *Ma Santé 2022 : un engagement collectif*, (visité le 22 septembre 2018), disponible sur internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/ma-sante-2022-un-engagement-collectif>

³ Ibid.

de formation. Ce positionnement nous a interrogé. C'est pourquoi lors de notre premier stage au sein d'un centre hospitalier universitaire (CHU), nous avons interrogé l'attaché d'administration hospitalière (AAH) responsable du service formation de l'établissement pour connaître leurs pratiques. L'élaboration du plan de formation est réalisée par le service formation selon les années précédentes. Puis, les différentes directions fonctionnelles sont interpellées dont la direction des soins pour valider le plan de formation. Les cadres supérieures de santé (CSS) de pôle construisent le plan de formation du pôle avec un budget propre en collaboration avec le service formation. Pour les formations qualifiantes, l'agent réalise une demande en constituant un dossier. Lors de la commission de formation à laquelle participe la direction des soins, la demande est étudiée pour validation. Pour les études promotionnelles, l'agent constitue également un dossier. L'avis de l'encadrement de proximité est sollicité. Le dossier est présenté lors de la commission de formation. Nous avons interpellé la CGS sur cette organisation qui souhaitait la retravailler en collaboration avec le directeur des ressources humaines (DRH). Cette organisation n'était pas satisfaisante pour la CGS notamment au niveau des études promotionnelles. D'une part, les agents sont dans l'obligation de demander des reports pour accéder à une prise en charge. C'est ainsi que pour la formation cadre de santé six agents avaient été contraints de demander un report de formation d'un an, en 2017. D'autre part, la CGS avait constaté que certains agents à la fin de leurs études promotionnelles se sont trouvés en difficulté à leur prise de poste. Pour certains, la solution a été un retour à leur fonction antérieure. Ces deux constats pratiques nous ont amené à nous interroger sur les obligations réglementaires concernant la formation. Le Décret du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie précise que les actions de formation ont pour objet notamment « de garantir, de maintenir ou de parfaire les connaissances et la compétence des agents en vue d'assurer leur adaptation immédiate au poste de travail, leur adaptation à l'évolution prévisible des emplois, le développement de leurs connaissances ou compétences et l'acquisition de nouvelles connaissances ou compétences, de proposer aux agents des actions de préparation aux examens et concours et autres procédures de promotion interne ; de permettre aux agents de suivre des études favorisant la promotion professionnelle(...) ; de proposer aux agents des actions de conversion leur permettant d'accéder à des emplois exigeant une qualification nouvelle ou à de nouvelles activités professionnelles »⁴. Cette possibilité offerte aux professionnels de se former tout au long de leur vie professionnelle a été renforcée par l'obligation de DPC initiée par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires en 2009 avec une obligation d'assurer aux patients des

⁴ MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière modifié par le décret du 6 mai 2017 (en ligne). Journal officiel, n°0196 du 23 août 2008. (visité le 18 février 2018), disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019354799&dateTexte=20181001>

professionnels compétents pour leur garantir des soins de qualité et en sécurité. Notre réflexion se porte sur la formation des professionnels, et notamment sur le développement des compétences. Si la formation « est avant tout l'acquisition de connaissances, de compétences, de qualifications processus qui se déroule dans le temps... »⁵, il nous a semblé nécessaire de définir ce qu'est un professionnel compétent. « C'est être capable d'agir et de réussir avec compétence dans une situation de travail. Être compétent c'est mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente tout en mobilisant une combinatoire appropriée de ressources »⁶. Si nous voulons que nos professionnels maintiennent et développent leurs compétences, le DS doit s'y intéresser. Pour cela, il devra collaborer avec le DRH, notamment dans le cadre de la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC). La GPMC se sert de la formation pour permettre l'évolution des compétences des professionnels afin de servir l'organisation pour répondre aux évolutions et à l'environnement de cette dernière. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) permet le « renforcement et développement des compétences et performances des salariés en engageant une réflexion sur leur parcours professionnel, en reconnaissant les acquis et en encourageant l'accès à la formation »⁷. La GPEC est un outil qui a pour enjeu « d'anticiper les conséquences des changements technologiques et économiques sur les compétences nécessaires, d'adapter les compétences aux emplois pour une recherche constante de la qualification nécessaire attendue de chaque collaborateur en fonction du métier de l'entreprise »⁸. Cet outil devient nécessaire pour les établissements. Il n'appartient pas seulement aux directions des ressources humaines. Le DS peut en trouver toute son utilité notamment pour maintenir et permettre l'évolution des compétences des professionnels sous sa responsabilité.

Il nous semble que le projet de soins est un outil porteur. Le DS peut à travers son projet de soins piloter et organiser les compétences des professionnels. Il élabore le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques selon le décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010. L'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile de France dans son guide définit le projet de soins comme un outil de formalisation des orientations et des objectifs de soins sur lesquels portent des actions de pratique clinique, d'organisation, de formation et de recherche. Le projet de soins, élément du projet d'établissement, se retrouve avec le projet médical partagé un élément nécessaire au Groupement hospitalier de territoire (GHT). Depuis 2016, la loi de Modernisation du Système de Santé a mis en place les GHT. Elle a

⁵ BERNARD P., LIETARD B., 2001, *La formation continue*, Paris : Presses Universitaires de France, p. 4.

⁶ LE BORTEF G., 2010, *Construire les compétences individuelles et collectives*, 5^{ème} édition Paris : Eyrolles, p.103.

⁷ BERNIER P., GRESILLON A., 2016, *La GPEC : construire une démarche de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences*, 3^{ème} édition, Paris : Dunod, p. 55.

⁸ Ibid p. 9.

prévu la coordination des plans de formation continue et de DPC des personnels des établissements supports et parties au groupement. Cette nouvelle configuration aura des conséquences à court ou long terme sur la formation continue et l'évolution des compétences des professionnels au sein des GHT. Ces premières réflexions nous ont amené à nous poser la question centrale suivante :

En quoi le DS, par l'organisation de parcours qualifiants des professionnels de santé, contribue-t-il à l'amélioration du développement des compétences ?

Cette réflexion s'inscrit dans le champ de compétence du DS. En effet, il « développe avec le DRH l'accueil des professionnels, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, la politique de promotion professionnelle et les parcours professionnels qualifiants. Il participe à la définition du plan du DPC pour les besoins des personnels non médicaux contribuant aux activités de soins »⁹. Nous avons pour répondre à notre questionnement formulé les interrogations suivantes :

- Comment le positionnement du DS par rapport aux demandes de formation des professionnels peut agir sur le développement des compétences ?
- Quelle dynamique peut impulser le DS à travers son projet de soins concernant une politique d'amélioration des compétences au service du professionnel et du patient ?
- Comment la collaboration DS/DRH peut-elle impacter le processus d'amélioration des compétences des professionnels paramédicaux ?

Ce travail a pour objectif de nous aider en tant que futur DS à nous positionner pour faciliter le développement des compétences des professionnels à travers notamment l'organisation de parcours qualifiant. Pour cela, nous avons dans une première partie plus théorique investigué le développement des compétences sous tendu par la réflexion autour d'un parcours qualifiant, en l'étayant ensuite par une recherche sur le dispositif structuré de la formation continue notamment au niveau réglementaire. Puis, nous avons terminé par une recherche autour des acteurs que sont le DS et le DRH. Dans une deuxième partie, nous avons réalisé une enquête auprès de différents professionnels que nous avons analysée afin de répondre à notre question centrale. La troisième partie est une proposition de préconisations qui s'articulent autour du positionnement du DS, d'une collaboration au service du développement des compétences et d'un projet managérial pour un parcours qualifiant.

⁹ DIRECTION GENERAL DE L'OFFRE DE SOINS, CENTRE NATIONAL DE GESTION, mars 2010, *Référentiel des métiers des directeurs des soins*, (visité le 7 février 2018), disponible sur internet : https://www.ehesp.fr/wpcontent/uploads/2008/06/Referentiel_metier_de_Directeur_trice_des_soins.pdf

1 Un cadre conceptuel

Dans cette partie, nous avons choisi d'aborder le concept des compétences individuelles et collectives à travers un parcours qualifiant voire l'émergence de nouveaux métiers.

Puis, nous décrivons le dispositif de formation continue. Nous interrogerons la collaboration des acteurs que sont le DS et le DRH et nous regarderons les outils à leur disposition.

1.1 Des compétences à un nouveau métier

Les compétences des paramédicaux sont recherchées dès leur recrutement par les établissements de santé. Quant à la Stratégie Nationale de Santé, elle se réfère au développement des compétences ainsi qu'à l'émergence de nouveaux métiers. La Haute Autorité de Santé (HAS) dans sa contribution aux travaux de la grande conférence de santé définit la compétence et précise que c'est « un élément essentiel pour la qualité et la sécurité des soins dispensés aux patients »¹⁰. Différents acteurs s'intéressent aux compétences et à leur développement. Nous définirons dans un premier temps les compétences individuelles et collectives, avant d'aborder le parcours qualifiant et terminer par les nouveaux métiers qui nécessitent de nouvelles compétences.

1.1.1 De compétences individuelles à des compétences collectives

Philippe Zarifian écrit dans un article que « la compétence peut être définie comme l'intelligence individuelle et collective des situations productives, saisies dans la complexité des problèmes que pose leur évolution »¹¹. Cette définition renvoie à la notion de compétences individuelles et collectives que nous définirons successivement, puis nous nous intéresserons au développement des compétences.

A. Des compétences individuelles

Le répertoire des métiers définit la compétence comme « la capacité à mobiliser les ressources pour exercer une activité »¹². Les ressources sont le savoir, savoir-faire et savoir être. Guy Le Bortef écrit qu'« être compétent peut être considéré comme une

¹⁰ HAUTE AUTORITE DE SANTE, novembre 2015, *Contribution aux travaux de la Grande Conférence de la santé – Evaluation des compétences des professionnels en établissement de santé – Position de la Haute Autorité de santé* », (visité le 30 avril 2018), disponible sur internet :

https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201512/rapport_l_evaluation_des_compétences_d_es_professionnels.pdf

¹¹ ZARIFIAN P., mai-août 1995, « Organisation qualifiante et modèle de la compétence : quelles raisons ? quels apprentissages ? », *Formation professionnelle, Revue européenne* (en ligne), n°5, pp. 5-9, (visité le 14 août 2018) , disponible sur internet :

www.cedefop.europa.eu/files/etv/Upload/Information_resources/Bookshop/133/5_fr_zarifian.pdf

¹² MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Le répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie fonction publique hospitalière, (visité le 14 septembre 2018), disponible sur internet : www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/-Enjeux-et-objectifs-du-repertoire-.html

résultante de trois facteurs le savoir agir qui suppose de savoir combiner et mobiliser des ressources appropriées (connaissance savoir-faire, réseaux et de savoir mettre en œuvre des pratiques professionnelles pertinentes ; le vouloir agir qui se réfère à la motivation personnelle de l'individu et au contexte plus ou moins incitatif dans lequel il intervient ; le pouvoir agir qui renvoie à l'existence d'un contexte, d'une organisation du travail, de choix de management, de conditions sociales qui rendent possibles et légitimes la prise de responsabilité et la prise de risque de l'individu »¹³. Le professionnel doit pour répondre aux exigences de qualité et de sécurité de la prise en charge des patients être compétent. Pour cela, sa formation initiale lui aura permis d'acquérir des connaissances, du savoir-faire et du savoir être. Son expérience professionnelle lui permettra de développer ses compétences. C'est ainsi que Guy Le Bortef parle de réflexivité en quatre temps¹⁴. Dans un premier temps, le professionnel est confronté à une situation particulière pour un jeune infirmier (ière) à la prise en charge d'une situation d'urgence. Ensuite, le professionnel suite à ce vécu aura un premier temps de prise de recul « premier moment de distanciation, le sujet passe du « je fais j'agis » au je raconte comment je m'y suis pris pour faire et agir »¹⁵. Ce temps nécessite un tiers pour aider le professionnel à se distancier du vécu. Le collègue ou le cadre de santé pourront jouer ce rôle. La deuxième étape consiste « à construire des schèmes opératoires, des modèles cognitifs qui rendent compte à la fois de la compréhension des situations rencontrées et des pratiques professionnelles »¹⁶. Le professionnel modélise la situation pour pouvoir dans un dernier temps la réutiliser. C'est le moment du transfert¹⁷, le professionnel commence à acquérir de nouvelles compétences. Au sein d'un service hospitalier, il est intégré dans un collectif qui générera des compétences collectives.

B. Des compétences individuelles à des compétences collectives :

La HAS considère que le travail en équipe est un facteur de développement des compétences. Ainsi « la compétence individuelle se développe au sein de collectifs. On sait que l'on devient compétent en se formant au sein de « bonnes » équipes, dans des services « formateurs » »¹⁸. L'équipe, le collectif sont des environnements qui favorisent le développement de compétences. « L'équipe permet de réguler les problèmes de

¹³ LE BORTEF G., 2010, *Construire les compétences individuelles et collectives*, 5^{ème} édition Paris : Eyrolles, p. 94 p. 95.

¹⁴ Ibid. p. 127.

¹⁵ Ibid. p. 127.

¹⁶ Ibid. p. 129.

¹⁷ Ibid. p. 129.

¹⁸ HAUTE AUTORITE DE SANTE, op. cit.,

compétence qu'il s'agisse de compétence technique ou de savoir-être »¹⁹. Le collectif devient compétent collectivement, favorisé notamment par la « qualité de coopération entre les compétences individuelles »²⁰. La coopération au sein d'un collectif pourra s'identifier aux travers de différents indicateurs que sont :

- « la construction à partir de leurs représentations individuelles des représentations partagées,
- une communication efficace avec l'utilisation d'un langage commun,
- la disposition de comportement type permettant à chacun d'anticiper et d'évaluer les possibilités de coopération et d'échange avec les autres,
- le dépassement de leurs cloisonnements,
- l'acceptation de l'existence de conflit,
- la mise en place d'organisations pertinentes et évolutives pour atteindre collectivement les résultats attendus aux diverses étapes du projet,
- une répartition équitable de la charge de travail,
- une synchronisation de leurs raisonnements et le déroulement de leurs actions,
- le passage à l'action avec des décisions concertées,
- la négligence d'aucun détail pouvant perturber le fonctionnement collectif »²¹.

L'objectif de cette coopération est de permettre à l'équipe d'acquérir des compétences collectives, afin de pouvoir assurer une prise en charge de qualité et en sécurité au service du patient.

Après avoir défini les compétences individuelles et collectives, il est intéressant de comprendre ce que signifie développement des compétences.

C. Les compétences et leur développement

Le développement est le fait de progresser, de croître, de grandir. Si nous l'appliquons aux compétences du professionnel, cela signifie permettre au professionnel de développer ses compétences tant individuellement qu'au niveau du collectif. Pour cela, il est nécessaire de « concevoir et faire fonctionner l'ensemble du dispositif ressources humaines dans la perspective de la construction et du développement des compétences »²². En 2011 dans un document de synthèse, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance définit les objectifs de la GPMC. Parmi ceux-ci, nous relevons la nécessité

¹⁹ HAUTE AUTORITE DE SANTE, op. cit.

²⁰ LE BORTEF G., 2010, *Construire les compétences individuelles et collectives*, 5^{ème} édition Paris : Eyrolles, p. 205.

²¹ Ibid. p. 252.

²² Ibid. p. 103.

de « s'appuyer sur des actions qui servent la performance de l'établissement, et qui font aussi évoluer les membres du personnel sur le développement de leurs compétences »²³. Le développement des compétences se réalise par la mise en place d'un dispositif au sein des établissements de santé, permettant à l'agent d'évoluer professionnellement afin de pouvoir « être capable d'agir et de réussir avec compétence dans une situation de travail »²⁴. C'est ainsi que Michel Juncas écrit « la nouvelle dimension ressource humaine est au cœur des changements tels que l'accélération du flux démographique des effectifs, la formation des agents de tous les secteurs de l'hôpital, le tutorat des jeunes professionnels, la gestion des parcours professionnalisants, le développement des compétences, l'amélioration des conditions de travail, la gestion de la promotion professionnelle ainsi que la fidélisation des agents »²⁵.

De compétences individuelles à des compétence collectives dont le développement nécessite la mise en place d'un dispositif, nous allons maintenant le décrire au travers du parcours qualifiant.

1.1.2 Un parcours qualifiant

Après avoir défini les compétences, il nous a semblé important de s'arrêter sur ce que nous entendons par parcours qualifiant. Nous cheminerons ensuite entre formation et professionnalisation, puis nous terminerons par les outils au service du parcours qualifiant.

A. Que signifie un parcours qualifiant ?

Un parcours est l'ensemble des étapes par lequel passe le professionnel au cours de sa carrière. Lorsque nous ajoutons qualifiant au terme parcours, nous adjoignons une notion de qualification. C'est « un ensemble de savoirs et de compétences professionnelles acquis tout au long d'une vie au cours d'activité de formation initiale et continue, de situations de travail et de situation extraprofessionnelles »²⁶. Le professionnel pour être qualifié va évoluer entre différents positionnements d'une situation d'apprenant à une situation de professionnel en situation de travail. Nous commençons à entrevoir ce que signifie parcours qualifiant. L'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) dans son rapport sur l'Etude sur les parcours qualifiants en 2011 définit le concept de parcours qualifiant comme se différenciant « du format standard de l'action de qualification qui, même si elle est encadrée par des référentiels et sanctionnée

²³ AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, 2011, *Améliorer la gestion des ressources humaines : La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences*, (visité le 12 février 2018), disponible sur internet : www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/ameliorer-la-gestion-des-ressources-humaines-la-gestion-previsionnelle-des-emplois-et-des-competences/

²⁴ LE BORTEF GUY, op. cit., p. 275.

²⁵ AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, op. cit.

²⁶ LE BORTEF GUY, op. cit., p. 263.

par une certification, ne constitue qu'une séquence de la trajectoire professionnelle. Le parcours est une notion plus large qui impose de ne plus penser les dispositifs de formation comme une fin en soi mais bien comme inscrits dans une dynamique permanente d'évolution »²⁷. Nos organisations doivent tenir compte de cette nouvelle réalité pour permettre la qualification des professionnels. Ainsi, « l'organisation qualifiante peut être définie, de la manière la plus simple qui soit, comme une organisation qui favorise, par construction même, les apprentissages professionnels, une organisation qui permet d'apprendre »²⁸. Le parcours qualifiant est un va et vient entre deux mondes celui de la formation et celui de la situation de travail. Il nécessite que nos organisations mettent en place un dispositif permettant aux professionnels d'évoluer en développant leurs compétences. Il nous a semblé important de porter notre réflexion sur formation et professionnalisation.

B. Entre formation et professionnalisation

Nous définirons tout d'abord la formation. La formation est « une intervention qui vise à aider l'émergence d'une réponse comportementale nouvelle »²⁹. Elle se situe en deux temps au niveau initial avec l'acquisition d'un diplôme d'Etat ou certificat pour nos professionnels paramédicaux et la formation continue qui « vise à permettre à chaque personne, indépendamment de son statut, d'acquérir et d'actualiser des connaissances et des compétences favorisant son évolution professionnelle, ainsi que de progresser d'au moins un niveau de qualification au cours de sa vie professionnelle »³⁰. Nous avons au cours de nos lectures sur les compétences, compris que la construction des compétences est multifactorielle. Elle n'est plus « considérée comme relevant de la seule formation mais comme résultant de parcours professionnalisant incluant le passage par des situations de formation et des situations de travail rendu professionnalisant. La formation contribue à la professionnalisation en aidant les personnes à acquérir, développer ou actualiser des connaissances et capacités diverses »³¹. C'est ainsi que nous pouvons constituer une corrélation entre formation et professionnalisation. La professionnalisation quant à elle « traduit le souci de l'utilité des connaissances transmises par les institutions de formation

²⁷ ASSOCIATION NATIONALE POUR LA FORMATION PERMANENTE DU PERSONNEL HOSPITALIER, 2011, *Etude sur les parcours qualifiants*, (visité le 29 08 2018), disponible sur internet : www.anfh.fr/sites/default/files/anfhv1/2416qip_fipan_etude_anfh_sur_les_parcours_qualifiants_rapport_final_et_preconisations_apres_copil.pdf

²⁸ ZARIFIAN P, op. cit.

²⁹ BERBAUM J., 2003, *Apprentissage et formation*, Paris : Presses Universitaires de France, p. 6.

³⁰ MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. LOI n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale (en ligne). Journal officiel, n°0055 du 6 mars 2014. (visité le 11 février 2018), disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028683576>

³¹ LE BORTEF GUY, op. cit., p. 179.

et des débouchés des bénéficiaires de ces formations, englobe potentiellement la formation et l'accès aux certifications, que ce dernier passe par les diplômes ou la validation des acquis mais aussi, dans une configuration plus large, l'ensemble des processus susceptibles de transmettre et construire savoirs et compétences dans une visée professionnalisante (en incluant les situations de travail formatrices et les différents dispositifs destinés à valoriser l'expérience et les compétences) »³². Le professionnel navigue entre formation et professionnalisation pour développer ses compétences dans le cadre d'un parcours qualifiant. Nous allons maintenant nous intéresser aux outils qui peuvent aider le professionnel à évoluer.

C. Quels outils à disposition ?

Nous allons décrire les différents outils à disposition aussi bien pour l'encadrement que pour le professionnel permettant de structurer un parcours qualifiant.

- **L'entretien d'évaluation**

L'entretien d'évaluation encadré par différents textes réglementaires la loi du 9 janvier 1986, le décret du 29 septembre 2010 et la circulaire de la Direction Générale de l'Offre de Soins du 12 janvier 2012 qui spécifie que l'entretien a pour objectif « l'évaluation par le supérieur hiérarchique des résultats professionnels de l'agent au travers d'objectifs définis et des compétences établies au cours de l'année écoulée. Cet entretien donne lieu à un compte-rendu »³³. Cependant si l'entretien d'évaluation est encadré juridiquement, l'encadrant évalue les compétences du professionnel pour lui fixer des objectifs. Evaluer les compétences d'un professionnel ne résulte pas « d'un choix définitif ni d'une évidence ; c'est le résultat, fragile et dynamique, d'une négociation invisible entre des acteurs variables et à des niveaux différents »³⁴. En effet, l'entretien d'évaluation est un échange entre le professionnel et son encadrant sur la définition notamment des compétences atteintes ou non par le professionnel. C'est également la validation entre les deux interlocuteurs du niveau atteint : non acquis, en cours d'acquisition, acquis, maîtrisé. L'entretien d'évaluation est un temps privilégié entre deux acteurs pour formaliser le niveau des compétences du professionnel évalué et de définir ensemble le parcours qualifiant de ce dernier.

³² CHAMPY-REMOUSSENARD P., février 2008, « Incontournable professionnalisation », *Savoirs* (en ligne), (n° 17), p. 52. (visité le 14 août 2018), disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-savoirs-2008-2-page-51.htm>

³³ DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS. Circulaire N°DGOS/RH4/2012/14 du 12 janvier 2012 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation de l'entretien professionnel dans la fonction publique hospitalière (en ligne). Bulletin officiel, no 2012/2 du 15 mars 2012. (visité le 11 février 2018), disponible sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-02/ste_20120002_0100_0076.pdf

³⁴ DEFELIX Christian, février 2005, « Définir et reconnaître les compétences des salariés dans les organisations : la négociation invisible », *Négociations* (en ligne), n° 4, p. 8. (visité le 20 août 2018), disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-negociations-2005-2-page-7.htm>

- **L'entretien de formation**

Il a été introduit par le décret du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie en son article 4³⁵. Il précise qu'il vise à envisager les besoins en formation de l'agent en fonction de ses missions et de son projet professionnel, à réaliser un point sur les formations ultérieures et éventuellement envisager des demandes de préparation aux concours, de validation des acquis et de l'expérience, du bilan de compétence et de période de professionnalisation. L'encadrant réalise un compte rendu remis au professionnel de l'entretien de formation avec les objectifs de formation élaborés ensemble.

- **Le passeport de formation :**

C'est un journal de bord professionnel. Il est la propriété de l'agent. Ce dernier peut y reporter ses connaissances, ses compétences, ses acquis et aptitudes professionnelles. Il peut l'utiliser pour son entretien de formation. L'employeur ne peut en exiger sa communication.

- **Le plan de formation :**

Il est articulé avec le projet d'établissement (projet de soins, projet médical, projet qualité) Il permet de répondre aux besoins en termes de compétences, de qualification, de préparation à la mobilité. Il est également un outil de la GPMC.

- **Le DPC :**

Le DPC associe analyse des pratiques et acquisition ou approfondissement de connaissances. Il participe à la qualité et la sécurité des soins. C'est une obligation triennale, individuelle. Il concerne les professionnels de santé.

- **Les études promotionnelles :**

Elles permettent aux agents de la fonction publique hospitalière d'accéder à un diplôme ou certificat du secteur sanitaire et sociale.

- **Le congé de formation professionnel :**

C'est une démarche individuelle permettant à l'agent de suivre une action de formation professionnelle de son choix fondée sur une autorisation d'absence.

- **La période de professionnalisation :**

Elle permet de préparer une mobilité, éventuellement anticiper des risques d'inadaptation. Elle s'adresse à un public ciblé (les personnes bénéficiaires de l'obligation d'emploi définie par le code du travail, les travailleurs reconnus handicapés, les victimes d'accident du travail ou de maladie) qui remplit des conditions particulières. Elle peut être proposée par l'employeur ou demandée par l'agent. Une convention entre les deux parties

³⁵ MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière modifié par le décret du 6 mai 2017 (en ligne). Journal officiel, n°0196 du 23 août 2008. (visité le 18 février 2018), disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019354799&dateTexte=20181001>

fixe leurs engagements. La période de professionnalisation consiste en une alternance de stage et de formations d'une durée maximale de six mois.

- **Le bilan de compétences :**

Il a pour but de permettre aux agents d'analyser leurs compétences professionnelles et personnelles, leurs aptitudes et motivations afin d'envisager un projet professionnel ou un projet de formation.

- **La validation des acquis et de l'expérience :**

C'est un droit individuel dont l'objectif est de faire reconnaître les compétences acquises par l'expérience professionnelle ou personnelle en obtenant un titre, un certificat ou un diplôme.

Après avoir défini le parcours qualifiant comme un chemin qui serpente entre formation et professionnalisation et les outils que le professionnel a à sa disposition, il nous a semblé intéressant de nous arrêter sur les nouveaux métiers. En effet, nos professionnels pourront en fonction de leurs parcours souhaités évoluer vers ceux-ci.

1.1.3 Des nouveaux métiers

Il nous semble important de rappeler tout d'abord que l'article 51 de loi Hôpital Patients Santé et Territoires du 21 juillet 2009 a permis la mise en place, à titre dérogatoire, de transferts d'actes ou d'activités de soins et de modes de réorganisation auprès des patients à la demande des professionnels. Ces demandes prennent la forme de protocoles de coopération transmis à l'ARS qui vérifie la cohérence avec le projet régionale de santé. Elle soumet ensuite le protocole à la validation de la HAS. Celle-ci vérifie qu'il apporte qualité et sécurité des soins aux patients. L'ARS autorise ou non la mise en œuvre du protocole suite à l'avis émis par la HAS.

En 2011, dans le rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire, Danielle Cadet, Yvon Berland et Laurent Hénard font neuf propositions dont celle de cerner le champ des nouveaux métiers en santé. Ils précisent qu'ils devront obéir à certains principes qui sont être construit à partir des métiers paramédicaux d'aujourd'hui, ne pas être redondant avec des métiers existants, correspondre à un mode d'exercice professionnel et constituer des professions médicales à compétence définie.

En 2016 est inscrit dans la loi de Modernisation de notre Système de Santé « les auxiliaires médicaux relevant des titres Ier à VII du présent livre peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux

coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire »³⁶.

En 2018, le décret des infirmier(ière)s de pratique avancée (IPA) est paru en juillet. Il précise les conditions d'exercice dont l'obtention d'un diplôme d'Etat en pratiques avancées. L'IPA participe à la prise en charge globale des patients confié par un médecin dans les domaines suivants les pathologies chroniques et stabilisées, oncologie et hématologie, maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale. Nous sommes au début de la mise en place d'un métier intermédiaire comme décrit dans le rapport de 2011 de Mme Cadet, M. Berland et M. Hénard.

D'autres métiers sont apparus également comme les métiers de la coordination. C'est ainsi que les infirmier(ière)s coordinateur(rice)s se sont réunis lors d'une journée interrégionale à Nantes le 14 juin 2018. Ces professionnels ont cinq missions principales : l'organisation et la coordination de la production de soins, la contribution au déploiement de la politique institutionnelle, la gestion des ressources humaines et le management des équipes, garantir la production des bonnes pratiques gériatriques et la promotion et la coordination des partenariats de la filière gérontologique dans une dynamique de mutualisation des moyens et de la collégialité.

Nous avons également les infirmier(ière)s pivot en oncologie qui sont dédiées à la coordination du parcours de soins des patients atteints de cancer. Elle répond aux besoins des patients, leur facilite leur cheminement et améliore la continuité des soins.

Ma santé 2022 propose la mise en place dans sa mesure 10 d'assistants médicaux auprès des médecins libéraux.

Nous n'avons cité que quelques nouveaux métiers, d'autres vont apparaître notamment avec l'évolution des technologies, l'ouverture entre l'hôpital et son territoire.

De compétences individuelles à collectives développées à travers un parcours qualifiant pour parfois évoluer vers un nouveau métier, le professionnel a besoin de comprendre comment il peut évoluer et avec quel dispositif, nous allons décrire ce que nous nommons un dispositif structuré : la formation continue.

1.2 Un dispositif structuré

Tout agent intégrant un établissement de santé se voit proposer au cours de sa carrière des formations. Il nous semble important à ce stade de notre réflexion d'investiguer le champ de la réglementation. Nous continuerons par la structuration du plan de formation et son financement. Nous terminerons par le traitement de la formation au niveau des GHT.

³⁶ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (en ligne). Journal officiel, n° 0022 du 27 janvier 2016. (visité le 23 mars 2018), disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo/article_107

1.2.1 Réglementation de la formation continue

Nous avons fait le choix lors de ce travail de ne pas s'arrêter uniquement à la réglementation de la formation pour les agents de la fonction publique hospitalière. En effet, la réglementation des entreprises privées trouve souvent écho au niveau de la fonction publique.

La Constitution de 1946 en son article 13 garantit l'accès « de l'enfant et de l'adulte à l'instruction, à la formation professionnelle »³⁷. La formation est une préoccupation ancienne. Tout au long du siècle dernier jusqu'à aujourd'hui, des textes ont construit un système permettant aux professionnels d'évoluer et de s'adapter au monde du travail.

Si nous nous focalisons sur ces dernières vingt années, il nous semble important de commencer par la loi du 4 mars 2004. Cette dernière, en son article 1, dispose « de la formation continue dans le cadre de la formation professionnelle tout au long de la vie »³⁸ et en son article 2 « la formation continue est une obligation nationale »³⁹. Cette loi va permettre d'accéder notamment au droit individuel à la formation (DIF) de 20 heures par an cumulable six ans et à la possibilité que la formation se déroule en dehors du temps de travail avec une rémunération de 50% des heures. Il faudra attendre 2008 pour qu'un décret⁴⁰ structure pour les agents de la fonction publique hospitalière la formation professionnelle tout au long de la vie. C'est ainsi que le DIF devient accessible pour les agents de la fonction publique hospitalière. D'autres outils sont introduits comme le congé pour validation des acquis de l'expérience et le bilan de compétences. Le décret précise les modalités d'accès des agents à la formation. Le « passeport de formation » fait son apparition.

Pour les professionnels médicaux, la loi Hôpital Patients Santé Territoire de 2009 va en son article 59 introduire le DPC avec pour objectifs notamment l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la qualité des soins. Le DPC est une obligation pour les médecins. C'est en 2011 qu'il va

³⁷ ASSEMBLEE NATIONALE CONSTITUANTE. Préambule de la constitution du 27 octobre 1946. Journal officiel du 28 octobre 1946. (visité le 8 septembre 2018), disponible sur internet : <https://www.conseil-constitutionnel.fr/le-bloc-de-constitutionnalite/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946>

³⁸ MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. LOI n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social (en ligne). Journal officiel, n° 105 du 5 mai 2004. (visité le 11 février 2018), disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000613810&categorieLien=id>

³⁹ Ibid

⁴⁰ MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière modifié par le décret du 6 mai 2017 (en ligne). Journal officiel, n°0196 du 23 août 2008. (visité le 18 février 2018), disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019354799&dateTexte=20181001>

devenir obligatoire pour les professionnels paramédicaux⁴¹. Il prévoit que les auxiliaires médicaux, les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture, les préparateurs en pharmacie doivent participer annuellement à un programme de DPC. Il détermine le contenu de l'obligation, son organisation, son financement et les moyens de contrôle du respect de cette obligation. C'est la loi de Modernisation de notre Système de Santé en 2016 qui va modifier l'obligation annuelle en triennale.

En 2014, la loi relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale fait évoluer le financement de la formation, le rôle et les missions des Organismes paritaires collecteurs agréés (OPCA). Elle transforme le DIF en compte personnel de formation. La formation professionnelle devient un élément central du dialogue social. Elle facilite l'accès à la qualification via les contrats en alternance et la période de professionnalisation. Elle ouvre l'accessibilité à la validation des acquis et de l'expérience. Elle crée un service gratuit et accessible à tous pour favoriser l'évolution et la sécurisation des parcours : le conseil en évolution professionnelle, ainsi que des périodes de mise en situation en milieu professionnel.

C'est par le décret du 6 mai 2017⁴² que le compte personnel de formation va être accessible aux agents de la fonction publique hospitalière. Le décret spécifie les modalités d'application du compte personnel d'activité et de formation ainsi que les modalités d'utilisation du compte. Le compte personnel d'activité informe l'agent de ses droits à formation et ses droits sociaux à la carrière. Il est constitué d'un compte personnel de formation se substituant au DIF et d'un compte d'engagement citoyen.

Depuis le 5 septembre 2018 est entrée en vigueur la loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel.⁴³ Elle modifie encore le contexte de la formation continue. Nous citerons quelques modifications apportées. Le compte personnel de formation sera alimenté dorénavant en euros. Il est créé comme pour la fonction publique hospitalière un compte d'engagement citoyen. Un nouvel établissement public de France voit le jour, il est chargé de la régulation de la formation professionnelle continue et de l'apprentissage. Une contribution unique se substituera à la taxe d'apprentissage et à la contribution relative à la formation professionnelle continue à partir du 1^{er} janvier 2019. Elle sera collectée par

⁴¹ MINISTRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Décret n°2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux (en ligne). Journal officiel, n° 0001 du 1 janvier 2012. (visité le 11 février 2018), disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025062401&dateTexte=&categorieLien=id>

⁴² MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE. Décret n° 2017-928 du 6 mai 2017 relatif à la mise en œuvre du compte personnel d'activité dans la fonction publique et à la formation professionnelle tout au long de la vie (en ligne). Journal officiel, n°0109 du 10 mai 2017. (visité le 11 février 2018), disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/5/6/RDFF1702021D/jo/texte>

⁴³ MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel (en ligne). Journal officiel, n°0205 du 6 septembre 2018. (visité le 10 septembre 2018), disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2018/9/5/MTRX1808061L/jo/texte>

l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et non plus par les OPCA qui deviennent des opérateurs de compétence. Pour l'instant, elle ne s'applique pas à la fonction publique hospitalière.

Après avoir regardé les textes et règlements, il nous semble intéressant d'investiguer les obligations des ordres professionnels. Nous nous arrêterons uniquement pour la profession d'infirmier et de masseur kinésithérapeute. Au niveau de l'ordre infirmier, le code de déontologie en son article R 4312-46 stipule que l'infirmier(ière) « a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses compétences. Il prend toutes dispositions nécessaires pour respecter ses obligations en matière de développement professionnel continu »⁴⁴. Pour l'ordre des masseurs kinésithérapeutes, le professionnel doit « entretenir et perfectionner ses connaissances ; il prend toutes dispositions nécessaires pour satisfaire à ses obligations de formation continue... »⁴⁵.

Après avoir dressé le cadre réglementaire, nous allons nous intéresser à la structuration et au financement du plan de formation.

1.2.2 Structuration et financement du plan de formation

A. Structuration du plan de formation

Le plan de formation est élaboré chaque année au sein des établissements. Sa construction est sous tendue par le décret de 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie⁴⁶. Il précise en son article 6 que le plan de formation est constitué des actions de formation initiale et continue organisées par l'employeur ou à l'initiative de l'agent avec l'accord de l'employeur. Le plan doit tenir compte du projet d'établissement, des besoins de perfectionnement d'évolution et également de la promotion interne. L'article 37 du décret précise que c'est un document pluriannuel. Il est construit en tenant compte de l'analyse des effectifs, des emplois et des compétences et des missions de l'établissement. Il peut comporter six types d'actions :

- la formation professionnelle initiale des personnels non qualifiés,
- les actions de développement des connaissances et de la compétence,
- la préparation aux concours et examens,

⁴⁴ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers (en ligne). Journal officiel, n°0276 du 27 novembre 2016, (visité le 8 septembre 2018), disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/25/AFSH1617652D/jo>

⁴⁵ ORDRE DES MASSEURS KINESITHERAPEUTES, Devoirs généraux des masseurs kinésithérapeutes, (visité le 8 septembre 2018), disponible sur internet : deontologie.ordremk.fr/devoirs-generaux-des-masseurs-kinesitherapeutes/r-4321-62-formation-continue-et-evaluation-des-pratiques-professionnelles/?home

⁴⁶ MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière modifié par le décret du 6 mai 2017 (en ligne). Journal officiel, n°0196 du 23 août 2008. (visité le 18 février 2018), disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019354799&dateTexte=20181001>

- les études promotionnelles,
- les actions de conversion,
- la validation des acquis et de l'expérience.

Le plan de formation prend en compte les priorités nationales de formation et les plans de santé publique définis par le ministre chargé de la santé.

Le chef d'établissement arrête chaque année le plan de formation après avis du comité technique d'établissement (CTE) qui se réunit au cours du dernier trimestre précédant l'ouverture du plan. Le suivi de la réalisation du plan et l'évaluation de ses résultats doivent associer le CTE.

B. Financement

L'établissement cotise 2,1 % de la masse salariale pour le financement du plan de formation⁴⁷. Cela intègre les frais pédagogiques, de salaire, de traitement et de déplacement. Il cotise à hauteur de 0,6% pour le fond mutualisé des études promotionnelles obligatoirement auprès de l'ANFH, comme pour le congé de formation professionnel, la validation des acquis et de l'expérience et les bilans de compétences à hauteur de 0,2%. Ils peuvent également choisir de confier à l'ANFH la contribution destinée au DPC qui est de 0,75%.

L'ANFH a également construit des partenariats avec les conseils régionaux et la Caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie. Cela s'adresse en priorité aux études promotionnelles.

Après avoir décrit d'un point de vue réglementaire, au niveau structuration et financement du dispositif de formation, nous allons nous intéresser comment se décline la formation au sein des GHT.

C. La formation dans les GHT

La loi de Modernisation du Système de Santé de 2016 a obligé les établissements de santé à se constituer en GHT. Elle a également imposé des mutualisations au sein du GHT. Ces mutualisations concernent le système d'information hospitalier, la gestion d'un département d'information médicale, la fonction achat, la coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de DPC des personnels des établissements parties au GHT. L'article L. 6132-3-I en son

⁴⁷ ASSOCIATION NATIONALE POUR LA FORMATION PERMANENTE DU PERSONNEL HOSPITALIER, Les cotisations, (visité le 17 août 2018), disponible sur internet : http://www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/fil_rouge_feuillets_25092015.pdf

4^{ème} alinéa⁴⁸ précise que l'établissement support désigné par la convention constitutive assure ces missions pour le compte des établissements parties. Pour aider les établissements à rentrer dans cette démarche la Fédération Hospitalière de France a rédigé une fiche ressources humaines et GHT sur la formation continue⁴⁹. Elle est un outil permettant de faciliter la mise en œuvre du projet médico-soignant partagé tant pour les médecins que pour les paramédicaux. La fiche propose d'harmoniser les politiques de formation continue, de mutualiser les ressources matérielles et de constituer un vivier commun de formateurs internes. En 2017, l'ANFH a publié un guide « la coordination de la formation dans les GHT »⁵⁰ sous forme de quatorze fiches qui comportent des éléments sur le réglementaire, une partie pratique et des points d'attention.

Après avoir décrit le dispositif structuré de la formation continue, nous allons investiguer la collaboration des acteurs.

1.3 Des acteurs : Directeur des Soins et Directeur des Ressources Humaines

Nous allons tout d'abord décrire les responsabilités de chacun concernant la formation continue, puis nous décrirons les outils qu'ils ont à leur disposition pour favoriser le développement des compétences.

1.3.1 Les missions du DS et du DRH

Les acteurs impliqués dans le développement des compétences à travers le parcours qualifiant sont le DS et le DRH, nous allons tout d'abord expliciter leurs missions, puis nous définirons la collaboration entre eux.

A. Les missions du DS

Au niveau réglementaire, le décret du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière précise en son article 4 que sous l'autorité du directeur d'établissement, le DS participe à l'élaboration du plan du DPC dans son champ de compétences et coordonne la réalisation des parcours professionnels qualifiants.

⁴⁸ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (en ligne). Journal officiel, n° 0022 du 27 janvier 2016. (visité le 23 mars 2018), disponible sur internet : https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo/article_107

⁴⁹ FEDERATION HOSPITALIERE DE France, Fiche 5 – Priorité LMSS – Formation continue, (visité le 9 septembre 2018), disponible sur internet : <https://www.fhf.fr/Ressources-humaines/Outils-et-notes/RH-et-GHT-10-fiches-pratiques>

⁵⁰ ASSOCIATION NATIONALE POUR LA FORMATION PERMANENTE DU PERSONNEL HOSPITALIER, novembre 2017, *Guide – La coordination de la formation dans les GHT*, (visité le 9 septembre 2018), www.anfh.fr/publications/coordination-de-la-formation-dans-les-ght

Le référentiel du métier du DS⁵¹ définit ses missions qui se situent à un niveau stratégique, de coordination et opérationnel. Dans les activités transversales du DS en établissement, le référentiel précise que le DS développe avec le DRH notamment la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, la politique de promotion professionnelle et les parcours professionnels qualifiants. Ainsi, la formation et le développement des compétences sont dans le champ du DS. Après avoir balayé les missions du DS, nous allons nous intéresser à celles du DRH.

B. Les missions du DRH

Nous allons pour décrire les missions du DRH investiguer celles de la direction des ressources humaines. Ainsi au sein des établissements de santé, elle a pour mission principale de mener une politique institutionnelle en matière de gestion des ressources humaines dans son volet social. Elle contribue en lien avec les directions fonctionnelles notamment la direction des soins à la mise en œuvre du projet d'établissement. Son activité se décline en trois axes. Le premier concerne la gestion du personnel et des compétences qui recouvre le recrutement, l'affectation, la gestion de la formation, l'évaluation, la notation et la gestion de la mobilité. Le deuxième est de veiller à l'ajustement des moyens et des activités qui se traduit notamment par le suivi de la masse salariale et le suivi du tableau des effectifs. Le dernier consiste à l'application des règles statutaires et la gestion du temps de travail. Outre ces missions principales, la direction des ressources humaines est en responsabilité des relations avec les partenaires sociaux. Elle élabore également le projet social de l'établissement. Elle a un rôle de soutien et de conseil technique auprès de l'encadrement et des professionnels. Le DRH du fait des missions dévolues à la direction des ressources humaines est un acteur de la formation et de ce fait du développement des compétences.

Après avoir décrit les missions du DS et du DRH, il nous semble intéressant d'aborder maintenant leur collaboration. En effet, elle est un élément qui entre ces deux acteurs peut être un facteur facilitant le développement des compétences.

C. Collaboration

Le terme collaboration signifie étymologiquement travailler ensemble. Le préfixe « co » se traduit par le fait d'agir ensemble et « laboro » par travailler, se donner de la peine. Le dictionnaire Larousse le définit comme le fait de « travailler de concert avec quelqu'un d'autre, l'aider dans ses fonctions, participer avec un ou plusieurs autres à une œuvre commune ». Pour pouvoir mieux comprendre ce qu'est la collaboration, nous nous sommes intéressés à la distinction entre coopération et collaboration. Christine Gangloff Ziegler dans

⁵¹ DIRECTION GENERAL DE L'OFFRE DE SOINS, CENTRE NATIONAL DE GESTION, mars 2010, *Référentiel des métiers des directeurs des soins*, (visité le 7 février 2018), disponible sur internet : https://www.ehesp.fr/wpcontent/uploads/2008/06/Referentiel_metier_de_Directeur_trice_des_soins.pdf

son article « Les freins au travail collaboratif »⁵² les compare. Elle cite « le travail coopératif est accompli par une division du travail dans laquelle chaque personne est responsable d'une partie de résolution d'un problème. La collaboration implique un engagement mutuel des participants dans un effort coordonné pour résoudre ensemble le problème. La distinction s'opère en distinguant les relations qu'entretient chaque individu avec les membres du groupe (obligation ou liberté) sa responsabilité par rapport aux actions (responsabilité déléguée au coordinateur ou constamment partagée) sa capacité à influencer sur la définition et l'enchaînement des actions permettant d'atteindre l'objectif assigné au groupe (statut : hiérarchie ou égalité) »⁵³ de MF Blanquet. Nous en déduisons que la collaboration nécessite un engagement des participants ici le DS et le DRH afin de travailler ensemble pour amener les professionnels à développer leurs compétences et à les maintenir. « L'objet de la collaboration est de créer une vision partagée et des stratégies articulées pour faire émerger des intérêts communs dépassant les limites de chaque projet particulier » (David D Chrislip, 2002)⁵⁴. En effet, la direction des ressources humaines a ses propres missions comme nous l'avons vu plus haut comme la direction des soins. Cependant sur le sujet de la formation, du développement des compétences, ils doivent collaborer pour permettre aux professionnels de maintenir et développer leurs compétences au service de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des usagers et en même temps pour leur permettre de maintenir un certain intérêt à leur travail.

Le DS et le DRH doivent collaborer pour assurer leurs missions communes sur la gestion des compétences, la politique de promotion professionnelle, le parcours qualifiant, le DPC des paramédicaux, nous allons nous intéresser maintenant aux outils dont ils disposent.

1.3.2 Des projets, une GPMC

Nous avons souhaité investiguer les outils à disposition du DS et du DRH qui peuvent favoriser le développement des compétences et ou maintenir les compétences. Après avoir décrit le projet de soins, le projet de soins du GHT et le projet social, nous nous attarderons sur la GPMC

A. Le projet de soins

Le projet de soins est un document réglementaire. Tout d'abord, il fait partie intégrante du projet d'établissement au titre du projet de prise en charge qui est en cohérence avec le

⁵² GANGLOFF-ZIEGLER C., mars 2009, « Les freins au travail collaboratif », *Marché et organisations* (en ligne), vol. 10, n° 3, pp. 95-112, (visité le 20 août 2018), disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-marche-et-organisations-2009-3-page-95.htm>

⁵³ GANGLOFF-ZIEGLER C., op. cit., p. 97.

⁵⁴ Ibid. p. 97.

projet médical et le projet de soins⁵⁵. Le DS « élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, en cohérence avec le projet médical et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins »⁵⁶. La loi Hôpital Patients Santé Territoires du 21 juillet 2009 précise que « le directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques »⁵⁷. Le projet de soins est un élément de la stratégie de l'établissement. Base du projet d'établissement, il est validé par les instances. Ainsi, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique est consultée pour donner son avis sur le projet de soins selon le décret du 30 avril 2010⁵⁸. La commission médicale d'établissement est informée du projet de soins de rééducation et médico-technique. Le projet de soins constitue un élément du projet d'établissement comme nous l'avons vu ci-dessus. Document réglementaire, il est une déclinaison paramédicale des orientations du projet médical et de la qualité. Il est composé d'objectifs centrés sur l'organisation des soins, le management, l'évaluation, la formation et la recherche. C'est un outil qui doit permettre au DS d'impulser une politique de développement des compétences à travers différentes actions. Nous allons maintenant nous intéresser au projet de soins du GHT.

B. Le projet de soins du GHT

Le projet de soins est également élaboré au niveau des GHT depuis 2016. En effet, il permet comme le projet médical partagé de répondre à la mise en œuvre d'une stratégie territoriale de prise en charge commune et graduée du patient. Le décret du 27 avril 2016 dispose qu'« un projet de soins partagé s'inscrivant dans une stratégie globale de prise en charge, en articulation avec le projet médical partagé, est élaboré. Les équipes soignantes concernées par chaque filière qui y est mentionnée participent à sa rédaction ». Dans son

⁵⁵ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (en ligne). Journal officiel n°0047 du 25 février 2010. (visité le 9 septembre 2018), disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021868310&categorieLien=id>

⁵⁶ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière (en ligne). Journal officiel, n°0227 du 30 septembre 2010. (visité le 24 mars 2018), disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022866206&dateTexte=&categorieLien=id>

⁵⁷ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (en ligne). Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009. (visité le 9 septembre 2018), disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020892204&cidTexte=LEGITEXT00006072665&dateTexte=20150115>

⁵⁸ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n°2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé (en ligne). Journal officiel, n° 0104 du 5 mai 2010. (visité le 24 mars 2018) disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022164042&categorieLien=id>

Vade-mecum concernant la mise en place des GHT⁵⁹, le ministère des affaires sociales et de la santé a proposé des fondements du projet de soins partagé. Ainsi, il s'appuie sur les orientations stratégiques et les filières de prise en charge du projet médical partagé. C'est une traduction paramédicale de ce dernier. Il est rédigé par les équipes para médicales concernées par les filières de prise en charge. Il a une durée de cinq ans mais a vocation à évoluer du fait de sa finalité et de ce fait doit être évalué. Le projet de soins partagé du GHT comme le projet de soins d'établissement doit être cohérent avec le projet médical et de ce fait permettre aux professionnels de s'adapter au développement de nouvelles activités, nouvelles techniques. Il doit favoriser le développement des compétences mais à un niveau inter et intra établissement.

Après avoir explicité l'intérêt de s'appuyer sur le projet de soins pour le DS que ce soit au niveau de l'établissement ou du GHT, nous allons analyser ce que peut apporter le projet social.

C. Le projet social

Il trouve son architecture réglementaire au niveau de l'article 1 de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 « Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la recherche biomédicale, de la gestion et du système d'information. Il comprend un projet social »⁶⁰. Le projet social est une composante du projet d'établissement. Il « définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant leur réalisation. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois, des compétences et des qualifications, ainsi que la validation des acquis professionnels »⁶¹.

Le guide méthodologique d'Edouard Couty précise certains éléments comme l'évaluation des compétences et leur évolution au niveau de la GPEC. L'approche qualitative et personnalisée de la gestion des ressources humaines s'appuie notamment sur la valorisation des compétences et des emplois. L'évolution des professionnels dans le cadre de leur projet professionnel y est également inscrite. Une des composantes du projet social est la formation initiale et continue. Sa politique « peut permettre à chaque acteur de

⁵⁹ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, 26 mai 2016, *Vademecum GHT mode d'emploi* édition, (visité le 18 février 2018), disponible sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ght_vademecum-2.pdf

⁶⁰MINISTERE DELEGUE A LA SANTE. LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale (en ligne). Journal officiel, du 18 janvier 2002. (visité le 29 août 2018), disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408905&categorieLien=id>

⁶¹ DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. Circulaire DHOS/P 1 n° 2001-335 du 3 juillet 2001 relative au projet social et au volet social des contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé financés par dotation globale (en ligne). Bulletin officiel, n°2001-40. (visité le 29 août 2018), disponible sur internet <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-40/a0402612.htm>

trouver une place qui lui convient et de s'y épanouir au mieux de ses compétences et de son efficience »⁶². Le projet social est un outil au service du développement des compétences des professionnels. Maintenant, nous allons nous intéresser à la GPMC.

D. La gestion prévisionnelle des moyens et des compétences

Appelé GPEC dans le monde des entreprises, elle a pour but de permettre à l'employeur d'« anticiper les conséquences des changements technologiques et économiques sur les compétences nécessaires, d'adapter les compétences aux emplois par une recherche constante de la qualification nécessaire attendue de chaque collaborateur en fonction du métier de l'entreprise, de construire une gestion des carrières se traduisant par un accompagnement constructif et raisonnable, intégrant un recherche constante de réduction des risques liés aux déséquilibres »⁶³. C'est en 2007 dans le cadre d'une circulaire de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins⁶⁴ que l'on a incité les établissements à entrer dans cette démarche. L'ANFH la décrit comme un mode de gestion dynamique et préventive des ressources humaines, prospective et stratégique, composé d'un volet individuel et un collectif, centré sur les métiers et les compétences, et un levier majeur pour la mise en œuvre du projet d'établissement. L'ARS Grand Est dans un appel à projet 2017⁶⁵ définit la GPMC comme une gestion dynamique et préventive des ressources humaines. A partir d'un état des lieux de l'existant, elle permet d'anticiper les écarts entre les futurs besoins en compétences et les ressources disponibles et d'identifier les ajustements nécessaires. La mise en place de la GPMC doit permettre de faire coïncider les besoins en compétences des établissements et les projets personnels des agents et salariés. Elle vise également à piloter les effectifs et les compétences des ressources humaines à moyen et long terme.

Cette démarche nécessite tout d'abord de connaître les effectifs par métier pour cela se référer au répertoire des métiers, rédiger des fiches de poste et recenser les effectifs. Puis, il sera nécessaire d'intégrer la gestion des métiers et des compétences dans les pratiques de gestion des ressources humaines en déterminant les compétences requises, construire des grilles d'évaluation des compétences... Enfin, il s'agira d'anticiper les impacts des

⁶² COUTY E., 2002, *Guide d'élaboration méthodologique : Elaboration, négociation et suivi du projet social*, (visité le 9 septembre 2018), disponible sur internet : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Elaboration_negociation_suivi_projet_social.pdf

⁶³ BERNIER P., GRESILLON A., op. cit., p. 9.

⁶⁴ DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. Circulaire DHOS/P1 n° 2007-369 du 9 octobre 2007 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) 2007 de projets visant à renforcer la gestion des ressources humaines dans les établissements de santé (en ligne). Bulletin officiel, du 7 novembre 2007. (visité le 9 septembre 2018), disponible sur internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-11/a0110059.htm>

⁶⁵ ARS GRAND EST, Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, (visité le 9 septembre 2018), disponible sur internet : https://www.grandest.ars.sante.fr/sites/default/files/201704/Cahier%20des%20charges%20GPMC_0.pdf

évolutions sur les métiers et les compétences en estimant les besoins à moyen terme sur les métiers, bâtir un plan d'action et réaliser des préconisations.

Après avoir construit notre cadre conceptuel autour de la construction d'un parcours qualifiant au service du développement des compétences, la description du dispositif de la formation et enfin ses acteurs, nous allons analyser les entretiens de notre enquête.

2 Enquête

Après avoir décliné les objectifs et la méthodologie de l'enquête, nous analyserons les éléments recueillis auprès des professionnels lors des entretiens.

2.1 Méthode

2.1.1 L'objectif de l'enquête

L'objectif de cette enquête consiste à évaluer l'impact du positionnement du DS sur l'organisation de parcours qualifiants des agents afin d'améliorer le développement des compétences. Nous avons pour cela interrogé les professionnels sur le processus du plan de formation et notamment de la demande de formation, puis nous avons poursuivi sur les outils à disposition et sur la collaboration avec la direction des ressources humaines.

2.1.2 La méthodologie

A. La population enquêtée

Nous avons choisi d'interroger des professionnels sur deux établissements différents un centre hospitalier universitaire (CHU) et un centre hospitalier général (CHG). Le CHG est un établissement offrant à sa population une prise en charge en médecine chirurgie, obstétrique, psychiatrique, moyen séjour, long séjour et hébergement. Pour 996 lits et places, 2300 agents sont à l'œuvre. Le CHU est un établissement réparti sur trois sites. Il offre une prise en charge variée médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrique, moyen séjour, long séjour et hébergement à son bassin de population. 7600 agents participent à l'activité de l'établissement.

Nous avons choisi dans chaque établissement d'interroger :

- un agent ayant bénéficié d'une promotion professionnelle ou d'une formation qualifiante universitaire,
- un cadre de santé (CS),
- un CSS,
- le DS ou CGS
- le DRH.

L'objectif de constituer cet échantillon dans deux établissements est de pouvoir connaître l'avis et le vécu de l'organisation de la formation continue au niveau des différents acteurs qui les composent. Puis, nous avons trouvé intéressant d'ouvrir notre enquête à trois autres directeurs des soins : deux exerçant dans un CH et le troisième sur un CHU afin de connaître d'autres organisations et expériences pour nous permettre de mieux appréhender

le rôle et le positionnement du DS dans ce processus. Pour faciliter, la distinction entre les différents DS lors de l'analyse, nous avons fait le choix de positionner une lettre après CH ou CHU. Nous avons également rencontré au tout début de notre réflexion deux responsables de formation dans deux CHU différents, lieux de nos stages. Ces entretiens nous ont permis de comprendre l'élaboration du plan de formation, d'aborder le plan de communication mis en place auprès des professionnels et de les interroger sur les rapports qu'ils avaient avec la direction des soins de leur établissement.

Il nous semble nécessaire d'ajouter que ces deux établissements ne font pas partie du même GHT.

B. Outil de l'enquête

Nous avons élaboré une grille d'entretien semi directive (annexe 1) que nous avons adaptée en fonction de nos interlocuteurs. Il nous a semblé plus pertinent d'interroger chaque professionnel sur chaque thème mais en fonction de la place qu'il avait dans le processus de la formation continue. Cependant, pour les agents, nous avons également abordé avec eux leur avis sur la raison de la validation de demande de promotion professionnel ou de diplôme universitaire. De ce fait, la grille d'entretien est plus spécifique (annexe 2).

L'entretien semi directif permet également une liberté dans l'échange qui nous a permis de recueillir des éléments auxquels nous n'avions pas songé lors de la constitution de notre enquête.

C. Organisation et déroulement de l'enquête

L'enquête a débuté lors de notre deuxième stage auprès du DS qui nous accueillait pour se terminer fin août. Ce premier entretien nous a permis de réajuster notre grille et également de comprendre l'importance d'adapter notre grille en fonction de la place de l'interlocuteur dans le processus.

Nous avons sollicité un rendez-vous en amont auprès de chaque professionnel ce qui a permis que les entretiens se déroulent au calme, sans interruption. Nous avons demandé l'autorisation d'enregistrer l'entretien à chaque interviewé. Nous leur avons également assuré l'anonymat.

Du fait de la distance géographique et de la disponibilité de nos interlocuteurs, nous avons réalisé trois entretiens téléphoniques. Ils ont pu être enregistrés

Les entretiens ont duré entre 45 minutes et 1H15.

2.1.3 Le modèle d'analyse

La grille d'analyse a été élaborée à partir de la grille d'entretien. Chaque thématique abordé dans la grille d'entretien est analysée. Il nous a semblé plus pertinent, dans un premier

temps d'analyser les entretiens en fonction des différentes catégories professionnelles puisque nous avons opté pour adapter nos grilles d'entretien en fonction de la place de chaque interviewé dans le processus de la formation continue au sein de leur établissement. Nous avons ensuite réalisé une analyse transversale entre les différentes catégories professionnelles interrogées. Nous ne transcrivons dans le document que l'analyse transversale.

2.1.4 Les limites de l'étude

Nous avons réalisé au total treize entretiens sur deux établissements, ainsi que deux rencontres avec des responsables de formation. Du fait du nombre restreint d'entretiens réalisés, cette enquête ne nous permet pas de généraliser les données.

2.2 Analyse

Notre analyse est construite en trois parties. La première est centrée sur le positionnement des acteurs que sont le DS, le CSS et le CS, puis nous aborderons le projet de soins. Nous terminerons par la collaboration entre le DS et le DRH.

2.2.1 Le positionnement des acteurs

Lors de notre enquête, nous avons souhaité mieux comprendre le positionnement du DS et celui de l'encadrement de proximité et supérieur.

A. Le directeur des soins

Le DS, acteur dans la construction du plan de formation, joue un rôle également dans l'organisation et la validation des formations. Nous avons également choisi d'interroger les différents professionnels sur l'impact de la gestion par pôle.

- Place dans la construction du plan de formation

Au niveau des différents entretiens des DS, nous pouvons résumer que le DS a une place dans la définition politique de la formation et sa déclinaison stratégique. Il la partage avec la direction des ressources humaines au niveau organisationnel. Le DRH du CH exprime que la direction des soins « est une direction fonctionnelle comme les autres ». Mais, cette direction représente « le plus gros des troupes et notre cœur de métiers ». Pour lui, le DS a sa place par sa compétence métier et son approche métier.

La CGS du CHU C parle de sa participation à la commission de formation. Pour la DS du CHU N, son positionnement se situe au niveau de sa contribution à l'élaboration du dispositif de délégation de gestion du budget formation des pôles. Son rôle est d'identifier les compétences transversales en fonction du projet de soins, de celui d'établissement et en tenant compte également des résultats des scores de qualité.

Deux autres DS de CH parlent de leur rôle de coordination au niveau des pôles. En effet, le CSS de pôle a la vision de son pôle et le DS doit être attentif à la répartition des compétences. C'est ainsi que « *le rôle de la direction des soins est de faire que les diplômés universitaires (DU) pour la douleur par exemple soient répartis sur l'établissement afin qu'un patient ait autant de chance d'être pris en charge sur la douleur qu'il passe aux urgences, en chirurgie et en rééducation* ». Dans ce sens, la DS du CH R parle de sa place essentielle pour permettre aux équipes d'évoluer. Elle doit savoir développer une formation au plus près des besoins et être également prospective. Le DRH du CH exprime lors de l'entretien que le DS est en capacité d'anticiper l'évolution des métiers. Il a la connaissance des prises en charge, des organisations, des besoins de l'institution, de l'évolution des métiers. Un CS appuie ce discours. Il définit la place du DS comme celui qui oriente et répond aux besoins de l'établissement en tenant compte du projet de soins.

Après la place du DS dans la construction du plan de formation, nous allons analyser son rôle dans l'organisation et la validation des promotions professionnelles, formations universitaires et formations transversales.

- Rôle dans l'organisation et la validation

Nous avons choisi d'analyser le rôle du DS dans l'organisation et la validation en fonction de la promotion professionnelle, des formations qualifiantes et autres formations. Il nous semble intéressant de rapporter tout d'abord l'avis du DRH du CH R. Il précise que les formations diplômantes et promotions professionnelles sont des enjeux institutionnels et ne dépendent pas des pôles notamment par rapport à un dispositif financier particulier avec l'ANFH.

Au niveau de la promotion professionnelle, les DS sont positionnés au niveau de l'organisation et de la validation de la sélection des futurs cadres de santé. Ainsi, le CGS du CHU C, le DS du CH R et la DS du CH S ont parlé de leur procédure. Le DRH du CH R ajoute que dans la constitution du jury pour lui, il est important qu'un DS gestion et un DS d'institut participent dans un objectif de mobilité. Pour les autres promotions professionnelles, la CGS du CHU C donne un avis que corrobore le DRH du CHU C. Il souligne l'importance de cet avis en précisant que ces formations sont importantes et engagent l'agent comme l'institution. C'est ainsi que le DRH du CHU C nous dit que « *lorsque nous ne la validons pas, c'est surtout sur l'avis de la direction des soins.* » Pour le DRH du CH R, la direction des soins participe au jury pour la filière soignante. Ainsi, les professionnels interrogés nous ont exprimé l'importance de la présence du DS dans le jury. « *Elle connaît son personnel et puis le fait de voir progresser les gens ... Elle aussi a été infirmière avant d'être directrice des soins je pense que oui c'est nécessaire* ».

Au niveau des formations universitaires (diplôme universitaire, master), le DS donne un avis en tenant compte de celui du CS, du CSS et des besoins institutionnels. Il doit être attentif à permettre la pérennité des compétences. Pour ajuster ces propos, nous citerons

la DS du CH P qui a été confronté à cette situation, « *ainsi on a eu un départ en retraite d'une infirmière diplômée d'Etat qui avait un diplôme universitaire plaie et cicatrisation et on a eu une plainte des patients. On n'avait pas prévu la continuité des compétences sur cette consultation* ». La DS du CHU N parle de l'engagement du CGS. Il est dans l'accompagnement de développement des compétences des CS au niveau formation (master). Concernant la validation, le CSS du CH R explique que le DS est positionné sur la validation définitive de ces formations. Cependant lors des différents entretiens des DS, seule, la DS du CHU N nous explicite le manque d'outil pour objectiver les décisions prises. Elle précise que dans son ancien établissement différents outils ont été élaborés : des grilles avec des critères qui prennent en compte l'ancienneté de l'agent, les projets dans lesquels ils sont inscrits ou vont s'inscrire, les formations suivis ou pas dans le domaine demandé, l'avis du CS, du cadre de pôle et une lettre de motivation. Ainsi pour l'hypnose, la direction des soins a posé des conditions : un médecin du service partie prenante, un projet de service, formation du médecin la première année avec une infirmière et une aide-soignante en hypnose ce qui a permis dans les services d'avoir une mise en place concrète de l'hypnose. Les CS insistent sur le fait qu'il est important de développer les formations universitaires, mais « *ce n'est la peine de faire des DU, si on en fait rien* ».

Pour les formations transversales, le DS valide le plan de formation élaboré par le service formation suite aux remontées de l'encadrement de proximité et du CSS de pôle. Ce sont les CS et CSS qui priorisent les demandes de formation en fonction des projets professionnels, du service et du pôle.

- L'impact de la gestion par pôle

L'objectif de cette question était de comprendre l'impact que pouvait avoir la gestion en pôle sur la place des différents acteurs au niveau du processus de la formation continue. Nous nous sommes rendus compte au cours de nos entretiens que les avis diffèrent. Le DRH du CH R a été le seul à parler d'une modification de la place du DS et du DRH. Pour lui, c'est la responsabilité du pôle de décider l'attribution de son budget de formation.

Certains acteurs expriment un manque d'avancée dans la délégation. Ainsi, la DS du CHU N trouve que les cadres de pôle n'ont pas une vraie délégation notamment au niveau budgétaire. Le DRH du CHU C estime que la délégation de pôle n'est pas assez poussée au sein de son établissement. Il la renvoie à un niveau institutionnel. Cependant, le CSS du CHU C n'a pas le même avis. « *On est assez libre dans le plan de formation* ».

Le DS du CH R positionne le CSS dans la validation du plan de formation du pôle. Le CSS du CH R précise que le trio de pôle ne valide pas le plan de formation de pôle. C'est surtout une collaboration avec le DS et une construction de l'encadrement de proximité. Pour, le CSS du CHU C, le chef de pôle et le directeur de pôle participent à la construction du plan et le valident. Cependant, il ajoute « *on fait ce qu'on a décidé au niveau de l'encadrement paramédical* ».

Les deux CS situent la gestion par pôle au niveau de la construction de formations communes dans le cadre d'objectifs communs. « On peut avoir des projets à l'intérieur du pôle. Je pense que c'est important ». Si les deux cadres ont évoqué l'intérêt du projet commun, le CS du CH R a parlé également de la non transparence de la répartition des budgets à l'intérieur du pôle qui pouvait « être vécu comme une injustice ».

Après avoir décrit le positionnement du DS dans le processus du plan de formation, nous allons analyser les éléments nous permettant de définir le positionnement de l'encadrement de proximité et supérieur.

B. La place de l'encadrement de proximité et supérieur

Pour cette partie, nous avons choisi de nous interroger sur le positionnement du CSS de pôle et celui du CS. Nous avons également exploré la collaboration entre eux et le DS.

- Le CSS de pôle

Le CSS va élaborer son plan de formation du pôle en tenant compte des projets institutionnels, de pôle et des services. Le CSS du CHU C explique que sa « *place est centrale, puisque c'est moi qui recueille auprès des cadres du pôle les besoins spécifiques à chaque secteur* ». Il construit son plan en deux parties la première en lien avec le projet du pôle et la deuxième constituée des besoins spécifiques des agents. Le CSS de pôle priorise en fonction du projet de pôle son plan de formation après avoir échangé avec son encadrement de proximité. Pour la DS du CHU N, il est important que le CSS ou CS de pôle priorise les demandes de formation, mais pour se faire il doit avoir un budget. Le fait d'être contraint par une enveloppe financière l'oblige à s'interroger sur la demande de l'agent par rapport aux différents projets et également en fonction du projet professionnel de l'agent. Il peut répondre à la demande et s'engager vis à vis de l'agent sur un délai d'accès à la formation si cette dernière est refusée.

Le CSS a également un rôle d'accompagnement pour l'encadrement de proximité. Ainsi, le CSS du CHU C construit son entretien d'évaluation du CS avec un temps consacré aux besoins en formation de ce dernier. Il participe également à l'accompagnement des agents dans leur projet. Il les aide à cheminer en regard de leur parcours. Pour cela, il leur demande une lettre de motivation et les rencontre que ce soit pour une promotion professionnelle ou une formation universitaire afin de valider leur projet, puis de les accompagner. Nous avons plus haut parlé de l'attitude des agents pour leur demande de promotion professionnelle. Le CSS du CHU C parle également d'agents qui passent des concours sans avoir eu l'accord de l'institution. Il est parfois difficile de dire non pour certains métiers en tension. Cependant, si l'agent pose des problèmes, le CSS saura se positionner.

- Le CS

Le DRH du CH R parle du DS dans ce processus comme essentiel, mais il n'est pas seul décisionnaire. En effet, le CS recueille la demande lors de l'entretien d'évaluation et de formation. Le CS du CHU C nous explique sa démarche pour valider les formations des agents. Elle va tenir compte de l'objectif du service, du pôle et du besoin des agents. Ensuite, « je laisse libre choix en fonction du plan de formation établi au niveau institutionnel ». Le CS du CH R nous explique que ce temps de rencontre lui permet également de remonter les besoins des professionnels. En tenant compte des projets du service, elle interpellera le service formation pour proposer une formation adaptée aux professionnels. C'est ainsi que l' « *on a pu mettre en œuvre l'année dernière une formation sur la nutrition en dialyse et l'année prochaine, on souhaite s'orienter vers un projet hypnose conversationnelle pour les ponctions* ». Comme nous l'a exprimé l'encadrement de proximité, le DS du CH R parle du rôle de validation et de valorisation du projet par le CS. Ce dernier doit également « *inciter les professionnels à aller dans le sens de la formation* ». Il est dans un rôle d'accompagnement. Il identifie les professionnels pouvant accéder à une promotion professionnelle ou à une formation en s'appuyant sur l'entretien d'évaluation et de formation. Le DRH du CHU C également valorise le rôle du CS qui connaît son agent, ses potentialités, son parcours et son projet. Cependant, il précise la difficulté de certains CS, du fait de la proximité avec leur équipe, à savoir prendre du recul par rapport à certaines demandes. Cependant, le CS du CH R ne valide une demande de DU que si un projet d'établissement, de pôle ou de service permet de concrétiser l'investissement de l'agent et de l'institution. Il nous semble important de donner l'avis des agents qui ont eu des attitudes différentes lors de leur demande. L'un a signalé son projet à son CS. Cette dernière l'a stipulé sur la fiche d'évaluation. L'agent a suivi la procédure de l'établissement pour accéder à sa formation. Elle nous dit lors de l'entretien que l'avis du CS est important « *il est en capacité de nous voir travailler. On travaille avec lui tous les jours* ». Le deuxième agent n'a pas sollicité son CS. Elle nous dit « *Moi, je n'ai peut-être pas procédé comme il eût fallu. J'ai été passé mon concours...J'avais besoin de me tester. Je l'ai eu. Ensuite, j'ai été toquer à la porte de la direction* ». Nous devons être conscient que les agents, même si une procédure existe sur les promotions professionnelles ou les demandes de formation qualifiante, vont agir aussi en fonction de leur propre personnalité et de leurs attentes.

- Collaboration entre le DS et l'encadrement

Les différents DS définissent la collaboration avec l'encadrement de proximité et supérieur en fonction du rôle de chacun. Le CS et le CSS sont dans le repérage des besoins et la mise en place de priorités pour le pôle. Ils donnent également leur avis sur le projet des professionnels. Le CS du CH R parle d'échange pour avoir des éléments de précision concernant la validation d'une demande de formation universitaire. Lors de la demande de DU de la part d'un agent, elle s'est exprimée : « *je n'ai pas validé le DU et la DS l'a validé,*

nous avons échangé. Je n'étais pas d'accord. Mais, je respecte son avis. ». Les CSS parlent également d'échange concernant des précisions sur des demandes soit de DU, master ou de promotion professionnelle. Si les CS et les CSS parlent de dialogue avec les DS, la DS du CHU N évoque, outre le dialogue, la nécessité d'avoir des outils pour aider l'encadrement à formuler leur avis. La CGS du CHU C va dans ce sens. Elle parle d'un travail à réaliser avec l'encadrement pour permettre à ces derniers de donner un avis fiable sur l'agent qui permettra au jury de se fier à l'avis du CS. Si non, « *cet avis n'est pas toujours pris en compte ou pas assez pris en compte* ».

Après avoir analysé les différentes réponses concernant le positionnement du DS, nous allons aborder le projet de soins comme outil pour faciliter le développement des compétences.

2.2.2 Des projets de soins et des nouveaux métiers

Le projet de soins est un document vivant, qui maintenant existe à deux niveaux celui de l'établissement de santé et du GHT. Nous avons interrogé ces deux dimensions, puis nous avons souhaité également face à l'évolution des métiers connaître l'avis de nos différents professionnels à ce sujet.

A. Un outil de développement ?

Le projet de soins nous l'avons envisagé sous deux aspects le projet de soins en tant que tel et son articulation avec le projet médical.

- Le projet de soins

Il permet d'impulser une politique de développement des compétences. Pour la DS du CH R, le projet de soins permet de dire « *quelles compétences j'ai et celles dont j'aurais besoin pour demain* ». Le DRH du CHU C considère qu'il est un outil à la disposition du développement des compétences. Il doit également prendre de l'importance au niveau du GHT. Le DRH du CH R ajoute que ce n'est pas le seul outil, la gestion des compétences s'appuie également sur l'entretien d'évaluation, la cartographie des métiers, la cartographie des compétences. Le CS du CH R propose que la fiche de poste devrait décrire le parcours d'intégration de l'agent dans le service et qu'il soit précisé la nécessité de l'obtention d'un DU ou d'un master si nécessaire pour la tenue du poste. Il faut que cela soit porté par le projet de soins pour que le CS puisse le mettre en place dans son service.

Lors de nos entretiens avec les DS, la CGS du CHU C explique que le projet médical vient d'être terminé. Elle va constituer un groupe de professionnels pour le rédiger. Concernant l'intégration du développement des compétences dans le projet de soins, « *je vais dire que oui nous allons le faire* ». Trois DS nous ont confirmé que le développement des compétences est traduit dans leur projet de soins par un axe qui donne des orientations pour les professionnels. La DS du CHU N précise que c'est l'« *axe recherche et formation* ». Le projet de soins permet de s'interroger sur l'évaluation des compétences et leur pérennité.

Il permet également d'établir « *s'il manque une compétence d'aller la chercher notamment par l'intermédiaire du plan de formation* » nous précise la DS du CH R. Elle évoque également l'accueil du nouvel arrivant. Il doit intégrer l'évolution des compétences du jeune professionnel. Ainsi, on l'amènera à se professionnaliser à travers l'accompagnement que l'on pourra exiger des pairs. Le CS du CH R parle du projet de soins comme pouvant permettre d'agir sur la polyvalence et faciliter la reconnaissance du temps de formation nécessaire lors de l'accueil de nouveaux agents dans les services.

Nous avons interrogé les CSS sur la déclinaison du projet de soins au niveau des pôles. Pour les CSS, le projet de pôle n'est pas décliné ou on ne retrouve pas la formalisation explicite du développement des compétences. Par contre, ils sont conscients de la nécessité d'être attentifs au fait de formaliser le développement des compétences au sein des pôles. Le CSS du CH R parle que c'est « *amener des compétences supplémentaires à nos paramédicaux* ». Pour le CSS du CHU C, il parle de compétences en termes de mobilité, de mutualisation des moyens. Il prévoit la construction d'un document pour les nouveaux arrivants afin « *d'évaluer au fil de l'eau à des périodes données les compétences avec les points forts et les points à améliorer. C'est tout à fait en lien avec la formation* ». Quant aux agents, ils n'ont pas de connaissance du projet de soins. Cependant, ils pensent que le projet de soins peut permettre l'acquisition de compétences afin de s'adapter aux évolutions.

- Une articulation avec le projet médical

Il nous a semblé important d'interroger nos interviewés sur l'articulation du projet de soins avec le projet médical. Ils sont liés nous expriment les différents DS, même si parfois dans leurs établissements respectifs, le projet médical et le projet de soins n'ont pas été coconstruits. Le projet médical donne des orientations sur l'évolution des services ou de nouvelles activités ce qui permet de nourrir le projet de soins. Le CSS du CH R parle de cohérence et d'adaptation aux évolutions des activités cliniques du pôle ce qui demande la mise en place de formations spécifiques pour y répondre.

Pour les CS, le projet médical donne des éléments pour le projet de soins. « *On a besoin de travailler ensemble médecins et paramédicaux pour avancer et faciliter la mise en place d'action au sein des unités* ». C'est ainsi que le binôme médecin et paramédical en formation est un facteur de concrétisation d'action d'un projet. La DS du CHU N parle dans le même sens « *Si on ne partage pas les formations avec les médecins, la mise en place est très aléatoire* ».

Le projet de soins est un outil de développement des compétences au niveau d'un établissement. Peut-il l'être au niveau d'un territoire ?

B. Le projet de soins partagé du GHT

Pour les DS interrogés, le projet de soins de leur GHT comporte un axe sur le développement des compétences. La DS du CHU N nous cite l'axe « développement des compétences, recherche et formation ». La DS du CH R précise que le volet formation a été retenu dans le parcours patient, la qualité des soins ou le management. Le projet du GHT est un vecteur pour le développement des compétences à travers le partage de formations communes et l'élaboration de cahiers des charges communs. La DS du CH R explique que le partage des pratiques est ce qui est le plus facile à mutualiser entre les différents établissements. C'est ainsi que la DS du CHU de N évoque la construction d'une journée de formation pour l'harmonisation des pratiques et faciliter l'échange entre professionnels.

Si les DS et les DRH, nous ont parlé du projet médico soignant partagé comme un outil de développement des compétences et d'harmonisation des pratiques, les CSS en parlent comme « flou, opaque ». Ils en ont entendu parler par les DS lors de réunions, mais ne le maîtrisent pas. Pour le CSS du CH R, la concrétisation au niveau de la formation se traduit par la mise en place de la construction de cahiers des charges communs qui vont se traduire pour 2019 par des formations communes. Le CS du CH R parle qu'il a déjà eu des propositions de formation où les agents peuvent s'inscrire. Quant aux agents interrogés, le GHT est loin de leurs préoccupations.

Les deux DRH, quant à eux, nous ont parlé du GHT uniquement concernant la mutualisation de la formation au sein du GHT. Ils en parlent sous l'angle de l'achat et de la construction de cahier des charges, mais également comme un enjeu majeur. Le DRH du CH R en parle ainsi « *c'est définir un parcours de soins gradué et coordonné du cabinet de ville au CHU de référence en passant par l'hôpital de premier recours. Une manière de renforcer cette coordination est d'avoir des prises en charge homogènes d'un site à un autre. C'est bien par la formation que cela passe et en mixant les professionnels lors de formations... C'est un enjeu majeur. C'est aussi comme ça que l'on pourra donner du contenu à une réforme qui peut paraître invisible pour l'agent de service. C'est comme cela que l'on fera naître une culture de groupement* ». Ils abordent également le fait que les DS aidés des DRH devront travailler ensemble pour définir les orientations politiques de formation. Si les deux DRH parlent de la collaboration entre les DRH et les DS, la DS du CHU N précise que dans son GHT les directeurs généraux et les DS se sont entendus pour donner trois orientations communes en tenant compte du projet régional de santé.

Si les projets de soins sont un outil pour impulser le développement des compétences a-t-il un rôle à jouer pour les nouveaux métiers ?

C. Les nouveaux métiers

Pour la CGS du CHU C, suite à la publication des textes concernant les infirmier (ière)s de pratiques avancées (IPA), elle a demandé qu'une ligne de financement soit réservé. Elle souhaite échanger avec le Président de la commission médicale d'établissement pour définir ensemble des projets communs et permettre un positionnement coordonné des IPA avec un besoin médical. Le DRH du CHU C estime que la CGS a la vision qui facilitera la mise en place des IPA. Le projet sera porté par la direction des soins aidé par la direction des ressources humaines pour avoir dès que possible des IPA.

La DS du CH R parle des pratiques avancées mais également de proposer des DU et ou master aux professionnels. Elle parle d'une évolution de la projection du parcours des jeunes professionnels qui n'est plus vers des métiers de spécialités ou d'encadrement. Ils sont dans une évolution clinique de leur métier. C'est à dire des parcours centrés sur le soin, l'organisation des soins et le changement de pratiques des collègues. Quant au positionnement médical dans son établissement, elle estime que l'attente médicale est dans la technicité du soin et non dans une dimension plus médicale du soin. Le CS du CH R parle de la nécessité de compenser la pénurie médicale lorsqu'elle parle des nouveaux métiers. Pour l'instant les CSS des deux établissements sont plutôt dans la réflexion et dans l'information auprès de l'encadrement de proximité notamment dans le cadre de la campagne d'évaluation pour le CH R. Le CSS du CH R exprime le fait que les paramédicaux ont toujours su s'adapter aux évolutions. Ainsi, elle cite l'infirmier (ière) d'annonce qui a évolué vers l'infirmier(ière) pivot en cancérologie. Elle parle d'une évolution possible vers l'IPA. Également, le CSS du CHU C évoque le rôle des infirmier(ière)s au niveau du secteur psychiatrie des urgences. Les infirmier(ière)s ayant acquis des compétences aux urgences ont été formées à la prise en charge en psychiatrie. Ils ou elles assurent le suivi des patients qui est évalué positivement par tous.

2.2.3 La collaboration DS DRH

Nous avons conduit notre enquête sous trois angles tout d'abord la collaboration entre le DS et le DRH, puis nous avons abordé la GPMC et nous avons terminé par l'impact financier sur la formation.

A. Une collaboration, des projets pour deux directions, un service

Nous avons à ce niveau-là interrogé le regard des différents interviewés sur la collaboration entre le DS et le DRH, puis l'existence ou non d'objectifs commun entre le projet de soins et le projet social. Nous avons terminé par le service formation.

- Une collaboration

Pour la DS du CHU N, la collaboration peut se définir comme une co-construction permettant le partage d'objectifs à atteindre. Pour cela, des groupes de travail ont été mis en place. La constitution de ces groupes est partagée. L'identification des personnes à solliciter est dévolue à la direction des soins. La CGS du CHU C est également dans la même dimension avec des rencontres régulières notamment pour une évaluation du plan de formation. Les DS du CH R et du CH S expriment que la collaboration commence au moment du recrutement du fait d'un recrutement par compétences en tenant compte du profil de poste. La DS du CH P situe également sa collaboration au niveau de la formation et de l'évaluation qui s'appuie sur les profils de poste. La DS du CH R définit le rôle de la DRH dans la construction du plan de formation en termes de coûts et de demandes, alors que la direction des soins va le construire en termes de besoins et notamment des attentes en fonction de sa politique. La collaboration est très importante. Pour le DRH du CH R, la direction des ressources humaines est un prestataire qui permet à la direction des soins de rester centrée sur son cœur de métier qui est de veiller à la qualité et à la sécurité de la prise en charge. Le DRH décide, mais pas seul. C'est ainsi qu'il a proposé des rencontres régulières au DS afin de pouvoir aborder des sujets de gestion opérationnelle, de dimension stratégique et également sur le management des organisations et des CS.

Si nous nous sommes intéressés à la relation DRH et DS, nous avons également interrogé l'encadrement concernant la collaboration qui existait entre eux et la direction des ressources humaines. Le CSS du CHU C collabore notamment au niveau des métiers sensibles comme les infirmier(ière)s anesthésistes, les évaluations des compétences et la construction du plan de formation. Le CS du CHU C parle de collaboration avec le DRH lors de la notation des agents suite aux entretiens d'évaluation en présence du CSS. Lorsque nous interrogeons les agents sur la collaboration des deux directions, c'est important que les deux services communiquent entre eux.

Nous avons analysé à travers les différents entretiens comment la collaboration entre le DRH et le DS se vit, nous allons maintenant nous intéresser aux objectifs communs entre les projets respectifs de ces deux directions.

- Deux projets : des objectifs communs ?

Pour deux établissements, le projet social est en cours d'élaboration. Le DS du CHU N parle de travail en commun et que les projets ne sont pas figés et doivent tenir compte des problématiques et de leurs priorités. Pour la CGS du CHU C, il faut que chacun trouve sa place. Sa priorité est l'encadrement. Pour les autres thématiques, elle souhaite seulement être associée. La direction des ressources humaines peut être pilote. Pour la DS du CH R, les objectifs communs sont le recensement des formations, l'accueil des nouveaux arrivants, le recrutement et le maintien des compétences par la formation. Elle

estime que la collaboration se joue aussi au niveau de l'organisation mise en place au niveau des effectifs permettant aux paramédicaux de suivre les formations. La DS du CH S estime que la formation doit être inscrite aussi bien dans le projet de soins que le projet social. Le DRH du CHU C exprime que la construction d'objectifs communs est aidant pour développer les compétences, mais également pour la qualité de vie au travail.

Au niveau de l'encadrement supérieur, le CSS du CHU C ne connaît pas le projet social. Nous rappelons qu'il n'est pas encore rédigé. Au niveau du CH R, le CSS ne le connaît pas, par contre il connaît certains objectifs qui sont le recrutement et la fidélisation des professionnels. Si nous revenons au discours du DS du CH R, le recrutement est la première étape des compétences, puisqu'ils recrutent sur des fiches de poste qui précisent les compétences nécessaires et à acquérir.

Si des objectifs communs sont aidants, il existe le service formation, quel rôle joue-t-il ?

- Un secteur dédié à la formation : un service et un outil
 - Le service formation

Lors des différents entretiens, la collaboration avec le service formation pour l'ensemble des DS, des CSS et des CS se décline par la construction de cahier des charges, une information sur les formations qui pourraient correspondre à des besoins. C'est également pour la DS du CH R le suivi du plan de formation concernant la participation ou pas des agents à des formations institutionnelles. Le CS du CH R précise « *je vais facilement vers eux. On est entendu. Le fait qu'ils participent aux réunions de pôles facilite le dialogue* ». Le DRH du CHU C ajoute également dans ce sens que ce service et notamment son responsable interviennent auprès de l'encadrement et de la direction des soins lors de la construction du plan de formation et de l'élaboration des cahiers des charges des formations en intra pôle ou pour un service. Le CSS du CHU C parle également de l'aide apportée par le responsable formation concernant les métiers sensibles comme les infirmier(ière)s anesthésistes diplômés d'Etat dans le cadre de la promotion professionnelle. Il nous a semblé important également d'interpeller les agents sur leur vision du service formation. Ils nous l'ont décrit dans l'accompagnement apporté au niveau des démarches administratives.

Le service formation est bien identifié dans un rôle précis par les différents acteurs. Nous avons également orienté nos entretiens sur l'existence d'un outil commun.

- Un outil commun

C'est Gesform qui permet à l'encadrement de connaître l'historique de formation de l'agent sur les différents établissements. Au niveau de deux établissements, le CH P et le CHU N, les DS parlent du souhait de faire évoluer l'outil pour l'entretien d'évaluation. Pour la DS du CHU N l'objectif de développer l'outil est de permettre un recueil des besoins plus aisés et de poser des filtres. Elle parle de la traçabilité qu'offre l'outil au service de l'agent

et de l'institution. Elle souhaite également que les formations élaborées par les médecins à l'attention des professionnels soient intégrées dans l'outil. Lors de son expérience précédente, les professionnels élaboraient le programme de formation. Ils le transmettaient au service formation avec la liste d'émargement des professionnels participants qui l'intégrait dans l'outil. Pour elle, « *c'est à l'institution de tracer ces formations* ».

Cependant, l'outil offre d'autres modalités d'utilisation ainsi le CSS du CHU C nous parle de son utilisation pour les entretiens d'évaluation et de formation de l'encadrement. Le CS du CH R nous dit également s'en servir lors des entretiens d'évaluation pour consulter l'historique des formations. Elle peut valider le projet de formation de l'agent en tenant compte du parcours d'intégration, des compétences acquises ou non de l'agent. Si elle l'utilise, elle trouve l'outil peu ergonomique ce que renvoie également le CS du CHU C.

B. Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.

Lors des différents entretiens, nous n'avons trouvé aucun établissement ayant déployé une GPMC. Le DS du CHU N exprime sa difficulté dans la gestion de l'encadrement pour anticiper les recrutements ou prévoir des promotions professionnelles. De même, la direction des ressources humaines n'est pas en capacité de lui donner le niveau de compétence des CS, notamment ceux ayant obtenu un master. C'est la direction des soins qui a sollicité les pôles pour la mise en place d'une cartographie des compétences élaborée selon la logique des pôles dans son établissement. Pour elle, il manque une impulsion institutionnelle. A contrario, la DS du CH R évoque la complexité et la lourdeur de la mise en place de la GPMC. Pour elle, on fait de la GPMC lorsque l'on accompagne les professionnels dans leurs projets ou lorsqu'on recrute les agents en fonction de fiches de poste où les compétences nécessaires sont décrites.

Au niveau des deux DRH, le discours est opposé sûrement dû à une expérience différente. Ainsi, le DRH du CHU C l'envisage comme un outil aidant qui n'est pas assez développé. C'est ainsi que le CSS du CHU C en parle uniquement dans le cadre d'une formation à l'évaluation pour l'encadrement de proximité avec en filigrane l'utilisation du logiciel Gesform. Quant au DRH du CH R, il nous explique qu'il l'a mis en place dans son ancien établissement. Il en a retenu « *que dans nos établissements on fait de la GPMC sans le savoir* » en anticipant les départs des agents ou lors de création de postes. Il trouve que la production de tableaux à cinq ans, lourds à produire, n'apportent qu'une plus-value modeste.

Si la GPMC n'est pas déployée, certains outils sont utilisés, comme la pyramide des âges, pour les métiers en tension dans le cadre des promotions professionnelles aussi bien au niveau du CH R que du CHU C. Le DRH du CH R souhaite solliciter l'encadrement de proximité pour une validation du métier des professionnels de leurs unités et la rédaction ou la mise à jour des fiches de poste avec identifications des compétences requises pour

le poste. L'outil Gesform permet d'établir ensuite le lien entre les compétences requises pour le poste et la situation de l'agent lors de l'entretien d'évaluation. Ceci permet d'élaborer une cartographie des métiers et des compétences. Cette dernière facilite la construction du plan de formation.

C'est ainsi que les DS du CH R et S parlent de l'analyse de la pyramide des âges qui permet de porter l'attention sur les métiers en tension de l'établissement et les départs en retraite. Le CSS du CHU C et le CS du CH R ont la même expérience avec le même objectif pouvoir anticiper les départs et prévoir leurs remplacements en collaboration avec la direction des ressources humaines.

Après avoir interrogé l'utilité de la GPMC, nous nous sommes intéressés à l'impact financier.

C. Le financier

Lors de nos entretiens, nous avons eu des avis différents sur ce sujet. Pour les deux DRH, la formation dans la Fonction Publique Hospitalière est une vraie spécificité et un plus pour les professionnels. Les crédits dévolus à la formation sont fixés selon un pourcentage de la masse salariale réglementairement. Ils modulent leur discours en précisant « *on ne peut pas accéder à toutes les demandes de formation* ». Les DS parlent d'adaptation en fonction des enveloppes allouées ce qui oblige l'encadrement à argumenter son projet. Le CS du CH R nous dit qu'« *il faut demander des formations utiles qui ont du sens. Ainsi on nous suit* ». Le CSS du CH R parle de proposition de formations moins onéreuses ou de report de formation. Le CSS du CHU C ainsi que la CGS ne ressentent aucune contrainte financière. En effet, le CSS « *a dépassé son budget alloué et un autre pôle, qui n'a pas utilisé tout son budget, a permis de compenser le mien* ». Cependant, les professionnels de santé n'ont pas le même vécu. Ainsi, « *j'ai obtenu mon concours. On m'a dit qu'il n'y avait pas de financement. J'ai dit c'est pas grave. Je vais demander un report et je passerai vous revoir l'année prochaine* ». Ce professionnel a dû au total solliciter trois fois le service formation pour enfin pouvoir intégrer l'institut de formation en soins infirmiers. Si le financement de la formation est conséquent, le professionnel peut le considérer comme un frein à son évolution professionnelle.

Après avoir balayé nos entretiens, nous allons maintenant réaliser une synthèse de l'analyse.

2.2.4 Synthèse de l'analyse

Suite à nos différents entretiens et l'analyse que nous avons réalisée ci-dessus, nous en déduisons les conclusions suivantes.

Le **positionnement du directeur des soins**, dans la construction du plan de formation, se situe à un niveau politique et également à un niveau stratégique qu'il partage

avec le DRH. Le DS doit permettre l'évolution des compétences en ayant un regard prospectif. Il doit être attentif également à la répartition des compétences.

Au niveau de la **validation**, la participation du DS dépend du dispositif. Pour les promotions professionnelles, le DS valide et organise lorsque l'on parle des futurs cadre de santé. Pour les autres, il est positionné au niveau de la validation finale. Pour les formations qualifiantes (DU, master...), il émet un avis en s'appuyant sur celui du CS et du CSS. Par contre, il sera attentif à leur pérennité et à leur répartition sur les pôles. Concernant le plan de formation, il est plus positionné au niveau de la construction. Il sera dans un rôle de coordination pour les plans de formation des pôles.

L'impact de la gestion par pôle sur le positionnement du DS est fonction de l'établissement et du niveau de délégation du pôle. La notion de pôle est intégrée. De ce fait, l'impact sur le positionnement du DS n'est pas ressorti des entretiens.

La place de l'encadrement, le CSS de pôle construit le plan de formation du pôle en tenant compte de l'établissement, du pôle et des projets de service. Il accompagne les CS. Le CS a un rôle d'accompagnement des professionnels. Il va tenir compte du projet professionnel de l'agent en s'appuyant sur l'entretien d'évaluation, du projet de service, du projet de pôle et des priorités institutionnelles.

La collaboration de l'encadrement avec le DS a été à chaque fois décrite comme un échange.

Le projet de soins est un outil, mais il n'est pas le seul qui peut favoriser le développement des compétences. Les différents DS interrogés l'ont intégré au niveau d'un axe. Il est articulé avec le projet médical. Cependant, les DS n'ont pas coconstruit le projet de soins avec le projet médical. Au niveau des nouveaux métiers, nos différents entretiens ne nous ont pas permis de remonter le lien même si les DS nous ont parlé des IPA. Ceci est peut-être dû à la parution récente des textes.

Le projet médico-soignant partagé du GHT fait référence au développement des compétences. Il est décliné dans un axe ou au niveau des filières de prise en charge. La formation au niveau du GHT est un enjeu. Elle peut favoriser l'harmonisation des pratiques et également faciliter la notion d'appartenance des professionnels au groupe GHT.

La collaboration DRH et DS est importante pour les différents acteurs. Elle est évoquée en termes de co-construction avec une définition du rôle de chacun.

Les objectifs communs entre le projet social et de soins sont importants et se situent au niveau du recensement des formations, l'accueil des nouveaux arrivants, le recrutement et le maintien des compétences.

Le service formation est décrit comme un prestataire de service.

L'outil commun est Gesform. Il a été cité systématiquement. Ses différentes fonctionnalités ne sont pas utilisées partout au même niveau.

La GPMC est peu développée dans les établissements où travaillent les professionnels interrogés. Son déploiement a été qualifié de lourd. Cependant, il existe un vif intérêt pour les possibilités qu'elle offre.

Le financement de la formation n'est pas un frein au développement des compétences. Cependant, les CSS et CS parlent de respecter l'enveloppe du pôle et une notion de fongibilité entre les budgets des pôles. Les professionnels ayant eu accès à une formation qualifiante ou promotion professionnelle relatent leur vécu avec un renouvellement de demande du fait d'une problématique budgétaire.

Notre enquête nous a permis de vérifier que le positionnement du DS se situait aussi bien au niveau politique que stratégique dans l'élaboration du plan de formation. Nous avons aussi validé le rôle d'accompagnement de l'encadrement de proximité en collaboration avec le CSS de pôle. Le projet de soins comme le projet médico-soignant partagé du GHT sont des outils pour le DS, pour favoriser le développement des compétences. La collaboration entre le DS et le DRH est un facteur facilitant la construction de parcours qualifiant.

Après avoir dressé notre cadre conceptuel et réalisé l'analyse des entretiens de notre enquête, nous allons réaliser des préconisations pour faciliter la construction de parcours qualifiant pour développer les compétences des professionnels.

3 Un parcours qualifiant organisé au service du développement des compétences

Notre travail avait pour objectif de nous interroger en tant que futur DS sur notre rôle auprès des professionnels pour leur permettre de développer des compétences au travers de l'organisation de parcours qualifiants. Nos propos ne concerneront que le DS en établissement de santé, même s'il peut exister des parallèles avec le DS en institut de formation. Nous ne devons pas oublier que ces préconisations devront s'adapter au contexte auquel nous serons confrontés.

Nous allons tout d'abord réaliser des préconisations concernant le positionnement du DS puis au niveau de la collaboration entre le DS et le DRH. Nous finirons par le management du DS facilitant l'organisation du parcours qualifiant de l'agent.

3.1 Positionnement du DS

Le directeur des soins par le décret de 2002 portant statut particulier des DS participe à l'élaboration du plan de développement professionnel continu. Son rôle est de participer à la politique de l'élaboration du plan de formation, de développer par l'intermédiaire du projet de soins le développement des compétences et de le poursuivre au niveau du GHT.

3.1.1 Le plan de formation

Le plan de formation est régi par le décret de 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière. Ce dernier donne les principes notamment de l'élaboration du plan de formation. Au niveau du plan de formation, nous proposons de nous interroger sur les orientations du plan de formation, puis sur le maintien ou le développement de compétences transversales voire de favoriser la mise en place de nouveaux métiers.

A. Les orientations du plan de formation

Le DS va politiquement définir les orientations du plan de formation des professionnels de santé. Il aura pour objectif de développer leurs compétences afin qu'ils assurent une prise en charge de qualité et en sécurité des patients. Il tiendra compte des orientations du projet d'établissement, du projet de soins et du projet médical. Cependant, il sera également nécessaire qu'il soit attentif à l'évolution des projets. Lors de nos entretiens, la DS du CHU N nous explique que « *Les projets sont déjà rédigés et communiqués. Mais vous savez qu'un projet, je m'en rends compte tous les jours, n'est jamais figé. Chaque trimestre qui passe, des situations montrent qu'il y a des choses plus importantes à traiter que l'on n'avait pas identifié avant* ». Le DS doit également tenir compte des résultats des indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des

soins ainsi que des résultats de la certification pour définir les orientations du plan de formation. Le DS devra aussi tenir compte des orientations nationales. Ainsi, l'instruction du 16 juillet 2018 relative aux orientations retenues pour 2019 en matière de développement des compétences des personnels des établissements⁶⁶ propose des actions de formation nationales comme l'accompagnement au développement d'un nouvel esprit de coopération territoriale et des axes de formation recommandés pour les établissements comme développer une culture commune de la pertinence des soins et de la promotion de la santé incluant la prévention.

Le DS définit les orientations du plan de formation en fonction de différents critères. Il doit porter son attention sur les compétences transversales nécessaires pour assurer une prise en charge de qualité, mais également envisager l'ouverture vers de nouveaux métiers.

B. Des compétences transversales à des nouveaux métiers

Le DS sera attentif à maintenir une répartition et une pérennité des compétences dans la transversalité de l'établissement. En effet, certains DU comme celui de la douleur sont nécessaires à la prise en charge du patient qu'il soit aux urgences, en chirurgie, en médecine, en psychiatrie en soin de suite et réadaptation ou en unité de longue durée. Le DS devra être attentif à leur répartition dans les pôles ainsi qu'à leur pérennité. Il est important d'évoquer la répartition et de définir également quels DU ou master relèvent de la direction des soins et ceux qui relèvent du pôle. Nous parlons de pérennité du fait de la mobilité des agents, de leur départ de l'établissement ce qui peut parfois générer une perte de compétences. Le DS sera attentif à l'évolution des professions et au maintien d'une veille juridique et documentaire. Nous ne pouvons pas ne pas évoquer le 18 septembre dernier. Le président de la République, M. Macron, au cours de la conférence de presse sur les orientations « Ma santé 2022 », a engagé le système de santé dans une restructuration pour répondre à la Stratégie Nationale de Santé. Ces différentes propositions concernent notamment les évolutions des métiers paramédicaux comme les IPA qui en 2019 seront étendues à la psychiatrie et ultérieurement à d'autres professions paramédicales. Le DS devra permettre aux professionnels d'évoluer vers ce nouveau métier. Comme nous l'avons entendu au cours de nos entretiens, le déploiement des IPA nécessitera pour le DS de travailler avec les médecins et l'encadrement afin de définir les secteurs d'activité qui correspondent et ont besoin de ce nouveau métier.

Le DS définit les orientations du plan de formation et les priorités pour les paramédicaux. Il sera attentif à maintenir une certaine répartition des compétences et à l'évolution des métiers.

⁶⁶ MINISTERE DE LA SOLIDARITE ET DE LA SANTE. INSTRUCTION n° DGOS/RH4/DGCS/4B/2018/175 du 16 juillet 2018 relative aux orientations retenues pour 2019 en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (en ligne). Bulletin officiel. (visité le 2 septembre 2018), disponible sur internet : circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/08/cir_43861.pdf

3.1.2 Une stratégie à travers le projet de soins et celui du GHT

Il nous a semblé important de nous appuyer sur le projet de soins qu'il soit au niveau de l'établissement ou au niveau du GHT. En effet, le déploiement du projet de soins permet à l'encadrement et aux professionnels de mettre en œuvre, au travers d'actions, ce qui est formalisé dans le cadre du projet.

A. Le projet de soins

Le projet de soins permet la formalisation d'orientation à travers des axes et d'objectifs qui seront déclinés à travers des fiches actions. Il peut se décliner en différentes actions et notamment la formation des professionnels. Le DS devra être attentif en fonction des axes de faciliter l'accès des professionnels aux formations pour répondre aux actions. Il favorisera ainsi le développement des compétences individuelles et collectives.

Le DS articule le projet de soins avec le projet médical. Les différents DS ont confirmé qu'ils rédigeaient le projet de soins en s'appuyant sur le projet médical. L'idéal serait de rédiger un projet médico-soignant. L'objectif est d'adapter les actions au développement de prises en charge proposées et de permettre aux professionnels d'acquérir des connaissances puis des compétences pour la mise en place des activités.

Le DS devra veiller à la déclinaison du projet de soins dans le projet des pôles, notamment concernant la formation et le développement des compétences. En effet, la traduction du projet de soins dans le projet de pôle ou contrat de pôle à travers des objectifs permet de se situer au plus près des professionnels.

Après avoir proposé des orientations concernant le projet de soins, comment le DS peut utiliser le projet de soins partagé du GHT ?

B. Le projet de soins partagé du GHT

Lors de nos entretiens, les différents DS ont confirmé la déclinaison du plan de formation sous forme d'axe ou en fonction des filières de prises en charge. Cependant, le projet de soins du GHT est souvent peu connu de l'encadrement et totalement éloigné de la vie des professionnels que nous avons interrogés. La déclinaison des axes du projet de soin partagé au travers d'actions comme la mise en place de formation commune devrait favoriser la connaissance de cette nouvelle dimension pour les professionnels. Pour cela, au sein des GHT, les DS devront être attentifs à permettre aux professionnels de participer à des formations communes. L'objectif est de favoriser l'harmonisation des pratiques, la connaissance de l'autre. Ceci facilitera la prise en charge du patient qui devra dans un parcours de soins gradué, naviguer dans plusieurs établissements et être confronté à différents professionnels auxquels il pourra faire confiance pour sa prise en charge.

3.1.3 Des mesures pour faciliter l'accès à un parcours qualifiant

Lors de nos différents entretiens, nous avons été interpellés par le manque d'outil pour permettre au DS de pouvoir objectiver son choix. Nous avons eu quelques propositions qu'il nous a semblé intéressantes de mettre en place.

A. Outils pour faciliter l'évaluation du projet de formation du professionnel

Nous parlons de deux outils : une grille d'évaluation et une lettre de motivation.

L'objectif de la grille d'évaluation du projet de formation est de valider le projet en fonction de critères. Les professionnels devront connaître les critères qui seront évalués pour valider leur projet de formation. Nous pourrions proposer que le professionnel après avoir décliné les renseignements administratifs, renseigne son ancienneté dans l'institution, son parcours professionnel, les projets auxquels il a pris part, les formations qu'il a suivies, le projet qui sous-tend cette demande. Cette grille devra être élaborée avec des CS, CSS, un représentant de la direction des ressources humaines et de la direction des soins. Elle devra être validée par le CTE. Elle sera explicitée à l'ensemble de l'encadrement afin que ces derniers puissent la diffuser auprès des professionnels.

Quant à la lettre de motivation, une trame pourra être proposée afin d'en faciliter la rédaction pour l'agent.

Ces outils devront être mis à disposition de l'agent grâce à un outil de communication comme l'intranet de l'établissement. Puis, il nous semble important de mettre également à disposition des agents le processus du parcours de validation de leur projet de formations.

B. Parcours de validation du projet de formation

Pour permettre aux professionnels de connaître le parcours de validation du projet de promotion professionnelle ou de projet de formation qualifiant (DU, master). Le DS devra en collaboration avec la direction des ressources humaines décrire le processus afin de rendre lisible la démarche. Le processus sera décliné en fonction de la formation intéressée. Il devra être communiqué auprès de l'encadrement, soumis à validation des organisations syndicales et également accessible sur l'intranet afin que chaque agent puisse s'informer.

Pour les formations qualifiantes, l'agent devra réaliser la demande à l'aide des outils décrits plus haut. L'avis du CS et du CSS sera sollicité. La demande sera portée à la connaissance du DS par le CSS de pôle avant d'être validée définitivement en commission de formation lorsque la formation a été définie comme institutionnel et ne dépendant pas uniquement du pôle.

Pour les promotions professionnelles, l'agent aura fourni les documents proposés plus haut. L'avis du CS et du CSS sera demandé, pour les futurs cadres l'avis du chef de

service sera également sollicité. Le professionnel devra présenter son projet à un jury. L'objectif est de permettre à chaque candidat de décrire son parcours professionnel, ses motivations et son projet. La composition sera fonction de la promotion professionnelle demandée. Le jury pourra être constitué du DRH ou de son représentant, du DS ou de son représentant, d'un CS formation. La constitution du jury a pour objet notamment de pouvoir évaluer les capacités de l'agent à se former, ses motivations. Pour la demande de formation cadre de santé, le jury est composé différemment le DRH, le DS, le président de CME, le DS instituts de formation et un CSS.

Nous proposons des outils, un processus. Il est intéressant également de décliner des actions de formation au niveau de la pluridisciplinarité.

C. Des formations pluridisciplinaires

Lors de nos entretiens un CS et une DS ont évoqué l'intérêt de formation pluridisciplinaire et notamment médico-soignante. Comme la directrice générale de l'Agence nationale du DPC Michèle Lenoir-Salfati exprime le 23 janvier dernier lors de la présentation à la presse des projets de l'Agence « *il faut apprendre à travailler ensemble et à structurer ensemble le parcours patient sur le territoire* »⁶⁷. Elle propose à travers les projets de favoriser le développement de formations pluridisciplinaires.

Nous pensons que le développement de formation médico-soignante peuvent faciliter la mise en place de projet et se concrétiser en action dans les services pour améliorer la prise en charge du patient et l'organisation du service. Lorsque les professionnels sont formés dans le cadre de la certification sur le parcours patient, cette formation s'adresse à des médecins, des CS, CSS, des paramédicaux ce qui permet la mise en place d'évaluation du parcours patient dans les établissements en multidisciplinarité. Le DS doit être attentif à faciliter cette modalité de formation.

Également, le DS peut favoriser le déploiement de formation de simulation en collaboration avec des acteurs partenaires notamment en utilisant les ressources des établissements du GHT lorsqu'elles existent. Ces formations s'adressent le plus souvent aux différents professionnels constituant une équipe (médecin, infirmier, aide-soignant...).

Le DS définit les orientations du plan de formation. Il se sert du projet de soins pour favoriser la formation et permettre le développement de compétences individuelles et collectives. Au sein du GHT, les DS, grâce au projet de soins partagé, faciliteront l'harmonisation des pratiques à travers la mise en œuvre d'actions qui nécessiteront des formations communes entre les professionnels des différents établissements.

Des mesures à travers la mise en place d'outils ou de processus peuvent aider le professionnel à mieux comprendre comment s'orienter et à l'encadrement de pouvoir plus

⁶⁷ NAYRAC C., 23 janvier 2018, « L'Agence nationale du DPC veut accroître la qualité et la pluriprofessionnalité des formations », HOSPIMEDIA, (visité le 23 janvier 2018), disponible sur internet : abonnes.hospimedia.fr/articles/20180123-ressources-humaines-l-agence-nationale-du-dpc-veut

facilement valider un projet ou non. Nous allons à travers la collaboration du DS et du DRH réaliser des préconisations.

3.2 Une collaboration au service du développement des compétences

Dans nos établissements, la formation continue est un partage entre la direction des ressources humaines et les directions fonctionnelles dont la direction des soins. Nous allons dans un premier temps décrire les conditions nécessaires à la collaboration du DS et du DRH, puis nous nous intéresserons aux actions concernant la GPMC et Gesform.

3.2.1 Le DS collabore avec le DRH

La collaboration est un élément favorisant le développement des compétences comme la construction d'objectifs communs et la mise en place d'actions communes.

A. La collaboration jusqu'aux projets

Nous avons défini les missions du DS et du DRH concernant la formation et le développement des compétences. La collaboration qui peut se créer entre ces deux acteurs est un facteur favorisant le développement des compétences. Cependant, lors de nos différents entretiens, les DS ont exprimé que cette collaboration dépendait des individus. Nous avons vu que la collaboration nécessite de la part des différents acteurs un engagement mutuel et une coordination des actions. Nous préconisons que le DS instaure une collaboration avec le DRH en tenant compte de ces limites. L'objectif de cette collaboration est de pouvoir définir le rôle de chacun. Le DRH du CH R lui considère la direction des ressources humaines comme un prestataire. Le DS du CH R précise « *la direction des ressources humaines va construire le plan de formation en termes de coûts et de demandes. Nous, on va le construire en termes de besoins, de ce que l'on attend et de ce que l'on met en avant dans notre politique* ». Si nous nous en référons à ces deux discours, la collaboration nécessite une définition commune de leur rôle.

Les deux acteurs doivent décliner la politique de formation au niveau de leurs projets. Le projet de soins comme nous l'avons décrit plus haut permettra de développer des activités ou d'améliorer des prises en charge en proposant des formations afin de développer des compétences. Le projet social est porteur de la formation initiale et continue et du développement des compétences. Les deux projets doivent se retrouver sur la formation et le développement des compétences au travers du plan de formation, de la GPMC lorsqu'elle existe.

B. Des actions communes

Le DS devra participer, en collaboration avec le DRH, à la construction de la délégation financière du plan de formation de pôle. Les deux responsables de formation que nous avons interrogés nous ont précisé que le budget est construit en fonction du

nombre d'agents qui compose le pôle. Si un pôle dépasse son budget, il est compensé par le budget d'un autre pôle qui n'est pas totalement utilisé. Le DS du CHU N lors de l'entretien a fait une proposition qui nous semble intéressante. Elle pense qu'il est important que la délégation du plan de formation du pôle soit définie, notamment budgétairement. Elle propose que la définition de cette délégation soit construite avec un groupe de travail pluridisciplinaire chef de pôle, CSS, DS, représentant de la DRH. L'objectif serait de définir quelles formations qualifiantes dépendent du plan de formation du pôle, la construction du plan de formation et le budget alloué en fonction des professionnels qui le composent. En effet, certains professionnels ont des obligations de formation ou ne peuvent accéder qu'à des formations externes dont le coût est élevé, cette délégation définit les contours du plan de formation du pôle, son budget. Elle autonomise et responsabilise le CSS de pôle et le chef de pôle.

La mise en place du passeport de formation peut permettre aux professionnels de devenir acteur de leur parcours qualifiant et de pouvoir évaluer avec l'encadrement les besoins en formation pour construire leur projet professionnel.

Une collaboration nécessaire entre deux acteurs permet la construction d'actions communes. Maintenant, nous allons nous intéresser à la GPMC et comment le DS peut s'en emparer.

3.2.2 La GPMC

La GPMC est un processus lourd et complexe au vu des différents entretiens que nous avons pu mener. Le DS ne peut pas la mettre en place, car il appartient au DRH. Cependant, le DS devra collaborer et accompagner l'encadrement pour son déploiement. Ainsi, la GPMC facilitera le développement et le maintien des compétences et permettra de connaître les besoins en promotion professionnelle, notamment par l'utilisation de la cartographie des métiers et compétences. Elle permet de déterminer pour chaque métier les savoirs, savoir-faire et savoir être ainsi que le niveau requis. Elle s'élabore en se référant au répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière et nécessite la collaboration de l'encadrement. Les CS et CSS construisent les fiches de poste afin de pouvoir connaître les connaissances et les compétences nécessaires ou à acquérir par le professionnel. La fiche de poste doit contenir selon le CEDIP ⁶⁸ une présentation de la situation de travail, ses conditions d'exercice, les éléments relatifs au contenu et au contexte du poste (missions, activités afférentes...) et les éléments relatifs aux compétences requises (qualités, aptitudes, expériences, niveau de qualification et ou compétences principales, expériences professionnelles souhaitables et évolution probable du poste). Cette fiche de poste est

⁶⁸ MINISTERE DE LA TRANSITION ECOLOGIQUE ET SOLIDAIRE, Les contenus et l'utilisation d'une fiche de poste, (visité le 17 août 2018), disponible sur internet : www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/les-contenus-et-l-utilisation-d-une-fiche-de-poste-a46.html

également un outil permettant de mener un entretien d'évaluation en tenant compte des compétences décrites.

Quant à la pyramide des âges, c'est la représentation graphique de la population des salariés à un instant donné. Son analyse permet de réaliser des projections à moyen terme et de prendre des décisions. Grâce à elle, la direction des ressources humaines peut réaliser une projection sur les recrutements nécessaires sur une année et également de projeter les besoins sur certains métiers dit sensible ou non afin de prévoir notamment les promotions professionnelles. Elle permet un dialogue entre le DS et le DRH avec des données objectives. Lors de nos entretiens, nous avons été surpris par la méconnaissance de l'encadrement de cet outil qui est en général en routine pour la gestion des effectifs et tout particulièrement ceux des pôles. L'objectif est que cet outil soit accessible à l'ensemble de l'encadrement dans le cadre d'un dialogue avec la direction des ressources humaines pour le maintien des compétences.

Outre la GPMC, il existe un outil commun.

3.2.3 Un outil commun

Il nous semblait intéressant d'interroger les différents interlocuteurs sur l'existence d'un outil commun entre eux et le service formation de la direction des ressources humaines. Les différents interviewés ont cité Gesform. C'est un outil de la direction des ressources humaines. En fonction des versions, il offre différentes possibilités : la constitution et la gestion du plan de formation, la consultation de l'historique de l'agent, la mise en place d'une GPMC avec la mise en place d'une cartographie des métiers, la production de statistiques et tableaux de bords nécessaires au pilotage des ressources humaines⁶⁹.

Le DS devra solliciter le DRH pour éventuellement développer les fonctionnalités vers les outils de la GPMC. Notamment, le CSS du CHU C nous a parlé de l'utilisation de l'outil pour l'entretien d'évaluation dans un premier temps puis l'entretien de formation.

Cette démarche devra se réaliser en mode projet. Il nécessitera tout d'abord une présentation du logiciel au DS et aux autres directeurs fonctionnels afin d'avoir une représentation de l'outil. Si le projet est validé, il nécessitera la constitution d'un groupe de travail pluridisciplinaire avec des représentants de l'encadrement des différentes directions, de la direction des ressources humaines, du DS, du DRH et un autre directeur fonctionnel. Un dialogue avec les organisations sociales devra être engagé avec une présentation du projet en CTE pour avis. Cette mise en place sera poursuivie par la formation et l'accompagnement de l'encadrement. Il pourra être proposé un déploiement en plusieurs étapes avec des services pilotes avant de le généraliser à l'ensemble de l'établissement. Le DS ne pourra pas être seul porteur de ce projet. Il l'accompagnera.

⁶⁹ ASSOCIATION NATIONALE POUR LA FORMATION PERMANENTE DU PERSONNEL HOSPITALIER, Etablissements Gesform et Gesplan, (visité le 17 août 2018), disponible sur internet : www.anfh.fr/gesform

Si le DS doit collaborer avec le DRH et favoriser l'utilisation et le déploiement de certains outils afin de maintenir et développer des compétences, il doit accompagner l'encadrement pour lui permettre de développer les compétences des agents en les aidant à construire leur parcours qualifiant.

3.3 Un projet managérial du DS pour un parcours qualifiant

Le DS anime et coordonne les activités de l'encadrement supérieur et de proximité. Le DS doit par son management accompagner l'encadrement à maintenir et développer les compétences des professionnels.

3.3.1 Au niveau de l'encadrement de pôle

Le positionnement du DS doit aider l'encadrement de pôle au niveau de la délégation de la gestion du plan de formation, dans la cohérence du plan de formation et au niveau de l'accompagnement des professionnels.

A. La construction d'une délégation de pôle

Le DS doit permettre au CSS ou CS de pôle de construire son plan de formation au niveau des orientations en ayant connaissance du budget qui lui est alloué. L'objectif est de permettre au CSS ou CS de pôle en collaboration avec le chef de pôle et le cadre administratif de pôle de pouvoir développer des activités en adaptant les compétences des professionnels à l'aide du plan de formation. Ceci, comme nous l'avons précisé plus haut, nécessite une collaboration avec la direction des ressources humaines. La délégation est inscrite dans le contrat de pôle signé entre la direction et la gouvernance du pôle. Cette proposition permettra au CS ou CSS de pôle d'élaborer son plan en tenant compte des demandes des services, du projet de pôle et du projet d'établissement. Il aura également la maîtrise de son budget. Il pourra négocier avec l'encadrement de proximité les demandes de formation des agents en fonction de leur projet de service. Cette proposition permettra d'obtenir une transparence de la répartition du budget formation alloué au pôle ainsi qu'une implication de l'encadrement. Le CS ou CSS de pôle pourra lors d'un refus d'une demande de DU ou master à un agent lui donner un délai pour accéder à la formation demandée.

B. Cohérence du plan de formation

Le DS coordonnera avec l'ensemble des CS ou CSS de pôle les plans de formation afin d'obtenir une cohérence entre les pôles et les objectifs institutionnels. Comme nous l'avons vu dans l'analyse de nos entretiens le CSS de pôle va élaborer son plan de formation en tenant compte du projet de pôle, des priorités décidées en réunion de pôle en collaboration avec l'encadrement, le chef de pôle et les médecins. Il se situe au niveau du pôle. Il peut, ne pas répondre aux orientations institutionnelles en ne priorisant que les

demandes de formation priorisées par la gouvernance du pôle. Le CSS ou CS de pôle doit également être attentif à la cohérence des plans de formations des différentes unités.

C. L'accompagnement des professionnels

Le DS, grâce à un management participatif et collaboratif, incitera l'encadrement de pôle à travailler avec les CS pour élaborer des formations communes aux unités, lorsque cela est possible, afin d'obtenir au niveau du pôle de la mobilité en permettant aux professionnels d'acquérir des compétences communes. Le CSS a un rôle à jouer dans l'accompagnement des projets professionnels individuels des CS ou des agents. Le DS s'appuiera sur son avis pour valider le projet de l'agent.

Le DS accompagne les CSS ou CS de pôle. Il est également responsable de l'encadrement de proximité.

3.3.2 Le cadre de santé

Le CS est au plus près des agents. Il doit être attentif au maintien et à l'évolution des compétences des agents et également de son équipe pour garantir des soins de qualité et sécurisés pour le patient.

A. Un accompagnement des agents construit

Le CS accompagne les agents en facilitant leur projet professionnel, il a en même temps un rôle de découvreur de « talent ». En effet, il manage, observe les professionnels et les évalue. L'entretien d'évaluation et de formation sont des outils du management à disposition du CS et de l'agent. Le CS évalue les compétences du professionnel en échangeant avec lui. Le professionnel doit être acteur de ce temps également en ayant réalisé son auto-évaluation et prévu ses demandes de formation. « Evaluer ce n'est pas seulement constater, c'est aussi interpréter les résultats du constat en recherchant les facteurs explicatifs »⁷⁰. Le CS doit définir des objectifs d'amélioration du professionnel en négociant avec ce dernier et lui proposer des formations qui lui permettront d'améliorer ou de développer ses compétences. Le DS sera attentif à ce que l'encadrement sache mener et utiliser l'entretien d'évaluation et de formation. L'objectif sera de permettre l'évaluation des compétences, la construction du projet professionnel des agents et en même temps permettre le développement des compétences de l'équipe. Le DS devra s'assurer que le CS ait à sa disposition une grille d'évaluation, le plan de formation. Il pourra également proposer des formations aux CS sur l'entretien d'évaluation et de formation. L'objectif est que le CS réalise des entretiens d'évaluation et de formation constructifs pour l'agent. De plus, l'argumentation de l'évaluation doit être objective et permettre de comprendre le projet professionnel de l'agent notamment lors d'une demande de promotion professionnelle.

⁷⁰ LE BORTEF GUY, op. cit., p. 172.

Pour réaliser un entretien objectif, le CS devra s'appuyer sur la fiche de poste de l'agent. Il pourra ainsi faire le lien entre son évaluation de ce dernier et les attendus de la fiche de poste au niveau des savoirs, savoir être et savoir-faire. Cette fiche de poste pourra également proposer un parcours d'intégration avec des formations à suivre pour que l'agent développe des compétences individuelles. Le DS devra s'assurer que les fiches de poste soient rédigées afin que l'évaluation de l'agent soit objective et se décline en demandes de formations adaptées.

B. Construction de compétences collectives

Le CS devra proposer des formations collectives à son équipe. Il les construira en tenant compte du bilan des évaluations des agents, des besoins des patients, du résultat des indicateurs qualité et des différents projets. Le DS, en formulant des axes dans le projet de soins, orientera le CS vers les objectifs à atteindre au niveau institutionnel comme la prise en charge nutritionnelle ou de la douleur des patients. Le CS échangera avec le CS ou le CSS de pôle avant de constituer un cahier des charges en collaboration avec le service formation. Le CS devra être attentif à construire des formations qui s'adressent aux différents professionnels pour permettre une construction de compétences collectives. Il devra engager un échange avec l'équipe médicale au niveau du projet de service pour que ceux-ci se sentent impliqués dans le projet de formation et participent éventuellement aux formations.

C. Construire un avis objectif

Lors de nos entretiens, nous avons relevé que les DRH et certains DS ont formulé que l'encadrement de proximité avait parfois des difficultés à donner un avis objectif sur les promotions professionnelles. Le DS devra les aider et pour cela constituer un groupe de travail avec des CS, des CSS, un représentant de la DRH afin de formaliser un état des lieux de la situation, des actions. L'objectif est que l'avis du CS ne soit pas remis en question par le jury, le DS et soit un élément de décision pour la validation de la formation.

Nos différentes propositions ont été formulées en fonction du retour des entretiens que nous avons eu. Elles sont limitées et doivent s'adapter à la situation à laquelle le DS sera confronté. Il devra tenir compte de la politique de l'établissement au niveau de la formation, du développement des compétences et du projet médico soignant partagé du GHT.

Conclusion

Tout au début de ce travail, nous sommes partis sur une interrogation sur le développement des compétences et le rôle du DS. Nous avons pour cela exploré les compétences où nous avons compris que l'individu les construit dans un va et vient entre son expérience et l'analyse qu'il réalise avec un tiers pour pouvoir les transférer dans une autre situation. Le professionnel travaille dans un collectif. Ce dernier est performant collectivement. Il produit également des compétences collectives. Il acquiert des compétences et construit son projet professionnel au travers notamment d'un parcours qualifiant. Le professionnel navigue dans ce cadre-là entre temps de formations qui peuvent être professionnalisantes et temps de travail. Pour que le professionnel puisse construire ce parcours, différents dispositifs existent qui vont de l'entretien d'évaluation et de formation à des promotions professionnelles. La Fonction Publique Hospitalière permet à ses agents d'accéder à ces différents dispositifs notamment dans le cadre de la loi de 2004 qui institue la formation tout au long de la vie. Différents textes sont venus depuis renforcer le dispositif de formation avec l'introduction du DPC pour les paramédicaux en 2011. La formation continue devient également un moyen d'assurer aux patients des professionnels compétents et assurant des soins de qualité et en sécurité. Elle est structurée autour d'un plan de formation. Si la formation est un outil des établissements de santé, la loi de Modernisation de notre Système de Santé de janvier 2016 l'a introduit dans les GHT. Les plans de formation continue et de DPC des différents établissements sont coordonnés. Après avoir investigué le dispositif de formation, nous avons souhaité comprendre comment agissaient les acteurs que sont le DS et le DRH. Ils doivent collaborer pour obtenir le maintien et le développement des compétences afin de répondre au projet d'établissement. Ils ont à disposition différents outils leur projet respectif, mais également la GPMC. Après ce temps de recherche, nous avons mené des entretiens auprès de différents professionnels.

L'analyse de ces entretiens nous a permis de mieux comprendre le positionnement du DS dans la construction du plan de formation qui se situe à un niveau politique, mais également stratégique. Le rôle du CSS de pôle dans la construction du plan de formation du pôle. Le CS est l'accompagnateur des agents dans la construction de leur parcours professionnel et « découvreur de talent ». Si le DS s'appuie sur l'encadrement pour la formation des agents, il se sert également du projet de soins comme vecteur d'actions favorisant le développement des compétences. Il doit être attentif à ce que dans le cadre du GHT le projet soignant partagé ait la même philosophie. Le DS doit s'appuyer sur la direction des ressources humaines qui est un prestataire des directions fonctionnelles notamment au niveau de la formation des agents et le développement des compétences. La collaboration entre DS et DRH est un élément facilitateur pour atteindre cet objectif. La GPMC, qui est un outil de la direction des ressources humaines au service du projet d'établissement, peut

également aider le DS à maintenir des professionnels compétents et adaptés à l'évolution des activités. Le résultat de notre enquête avec nos recherches nous a permis de réaliser des préconisations à différents niveaux pour le DS. En effet, le DS doit savoir définir les orientations du plan de formation, se servir de son projet de soins pour permettre aux professionnels de s'orienter sur le développement des compétences pour assurer des soins de qualité et en sécurité aux patients. Le DS collabore avec le DRH en ayant défini le rôle de chacun, leurs objectifs communs, l'utilisation d'outils partagés. Le DS doit également accompagner l'encadrement de pôle afin de maintenir une cohérence au niveau de la construction des plans de formation et lui permettre d'accompagner les professionnels dans leur projet. Le DS doit permettre à l'encadrement de proximité de jouer son rôle d'accompagnateur des professionnels en mettant à disposition des formations et des outils. Il doit également le motiver pour développer et maintenir les compétences individuelles des agents et collectives de son équipe.

Notre réflexion a débuté sur les compétences et leur développement et s'est poursuivi sur le rôle du DS dans la construction du parcours qualifiant. C'est ainsi que Aurélien Rousseau dans son rapport dans le cadre de Ma santé 2022 concernant la transformation des conditions d'exercice des métiers à l'hôpital écrit « L'accompagnement des parcours des professionnels et de leurs projets doit devenir dans cette perspective une préoccupation majeure de l'hôpital »⁷¹. Le DS doit favoriser le développement, le maintien des compétences. Depuis 2013, la HAS et le réseau Agence nationale d'amélioration des conditions de travail – Agence régionale d'amélioration des conditions de travail ont travaillé ensemble. Ils ont produit la boussole de la qualité de vie au travail⁷² en 2016 qui comporte six axes dont l'employabilité et le développement professionnel. Le DS doit permettre que le professionnel puisse se sentir soutenu, écouté pour qu'il puisse construire son parcours professionnel et ainsi favoriser le développement de la qualité de vie au travail.

⁷¹ ROUSSEAU A., AUTUMNE C., septembre 2018, *Rapport final : Transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière*, Ministère des solidarités et de la santé, (visité le 20 septembre 2018), disponible sur internet : www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000615/index.shtml

⁷² SHAM, 2018, *Hôpital et médico-social Qualité de vie au travail*, (visité le 30 juin 2018), disponible sur internet : <https://www.sofaxis.com/sites/default/files/publications/pdfs/2018-06-26-note-qvt-sham-bd.pdf>

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

ASSEMBLEE NATIONALE CONSTITUANTE. Préambule de la constitution du 27 octobre 1946. Journal officiel du 28 octobre 1946. (visité le 8 septembre 2018), disponible sur internet : <https://www.conseil-constitutionnel.fr/le-bloc-de-constitutionnalite/preambule-de-la-constitution-du-27-octobre-1946>

MINISTERE DELEGUE A LA SANTE. LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale (en ligne). Journal officiel, du 18 janvier 2002. (visité le 29 août 2018), disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408905&categorieLien=id>

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. LOI n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social (en ligne). Journal officiel, n° 105 du 5 mai 2004. (visité le 11 février 2018), disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000613810&categorieLien=id>

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL. LOI n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale (en ligne). Journal officiel, n°0055 du 6 mars 2014. (visité le 11 février 2018), disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028683576>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (en ligne). Journal officiel, n°0167 du 22 juillet 2009. (visité le 9 septembre 2018), disponible sur internet : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020892204&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20150115>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTE ET DES DROITS DES FEMMES. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (en ligne). Journal officiel, n° 0022 du 27 janvier 2016. (visité le 23 mars 2018), disponible sur internet :

https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo/article_107

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. Loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel (en ligne). Journal officiel, n°0205 du 6 septembre 2018. (visité le 10 septembre 2018), disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2018/9/5/MTRX1808061L/jo/texte>

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière modifié par le décret du 6 mai 2017 (en ligne). Journal officiel, n°0196 du 23 août 2008. (visité le 18 février 2018), disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019354799&dateTexte=20181001>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière (en ligne). Journal officiel, n°0227 du 30 septembre 2010. (visité le 24 mars 2018), disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022866206&dateTexte=&categorieLien=id>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Décret n°2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé (en ligne). Journal officiel, n° 0104 du 5 mai 2010. (visité le 24 mars 2018) disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022164042&categorieLien=id>

MINISTRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE. Décret n°2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au développement professionnel continu des professionnels de santé paramédicaux (en ligne). Journal officiel, n° 0001 du 1 janvier 2012. (visité le 11 février 2018), disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025062401&dateTexte=&categorieLien=id>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE. Décret n° 2017-928 du 6 mai 2017 relatif à la mise en œuvre du compte personnel d'activité dans la fonction publique et à la formation professionnelle tout au long de la vie (en ligne). Journal officiel, n°0109 du 10 mai 2017. (visité le 11 février 2018), disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/5/6/RDFF1702021D/jo/texte>

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE. Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers (en ligne). Journal officiel, n°0276 du 27 novembre 2016, (visité le 8 septembre 2018), disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/25/AFSH1617652D/jo>

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. Circulaire DHOS/P 1 n° 2001-335 du 3 juillet 2001 relative au projet social et au volet social des contrats d'objectifs et de moyens des établissements de santé financés par dotation globale (en ligne). Bulletin officiel, n°2001-40. (visité le 29 août 2018), disponible sur internet : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-40/a0402612.htm>

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. Circulaire DHOS/P1 n° 2007-369 du 9 octobre 2007 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) 2007 de projets visant à renforcer la gestion des ressources humaines dans les établissements de santé (en ligne). Bulletin officiel, du 7 novembre 2007. (visité le 9 septembre 2018), disponible sur internet :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-11/a0110059.htm>

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS. Circulaire N°DGOS/RH4/2012/14 du 12 janvier 2012 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation de l'entretien professionnel dans la fonction publique hospitalière (en ligne). Bulletin officiel, no 2012/2 du 15 mars 2012. (visité le 11 février 2018), disponible sur internet :

https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-02/ste_20120002_0100_0076.pdf

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (en ligne). Journal officiel n°0047 du 25 février 2010. (visité le 9 septembre 2018), disponible sur internet :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021868310&categorieLien=id>

MINISTERE DE LA SOLIDARITE ET DE LA SANTE. INSTRUCTION n° DGOS/RH4/DGCS/4B/2018/175 du 16 juillet 2018 relative aux orientations retenues pour 2019 en matière de développement des compétences des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (en ligne). Bulletin officiel. (visité le 2 septembre 2018), disponible sur internet : circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2018/08/cir_43861.pdf

Ouvrages :

BERNARD P., LIETARD B., 2001, *La formation continue*, Paris : Presses Universitaires de France, 126 p.

BERNIER P., GRESILLON A., 2016, *La GPEC : construire une démarche de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences*, 3^{ème} édition, Paris : Dunod, 250 p.

BERBAUM J., 2003, *Apprentissage et formation*, Paris : Presses Universitaires de France, 127 p,

LE BORTEF G., 2010, *Construire les compétences individuelles et collectives*, 5^{ème} édition Paris : Eyrolles, 287 p.

Rapports – guides

AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE, 2011, *Améliorer la gestion des ressources humaines : La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences*, (visité le 12 février 2018), disponible sur internet :

www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/ameliorer-la-gestion-des-ressources-humaines-la-gestion-previsionnelle-des-emplois-et-des-competences/

ASSOCIATION NATIONALE POUR LA FORMATION PERMANENTE DU PERSONNEL HOSPITALIER, 2011, *Etude sur les parcours qualifiants*, (visité le 29 08 2018), disponible sur internet :

www.anfh.fr/sites/default/files/anfhv1/2416qip_fipan_etude_anfh_sur_les_parcours_qualifiants_rapport_final_et_preconisations_apres_copil.pdf

ASSOCIATION NATIONALE POUR LA FORMATION PERMANENTE DU PERSONNEL HOSPITALIER, novembre 2017, *Guide – La coordination de la formation dans les GHT*, (visité le 9 septembre 2018),

www.anfh.fr/publications/coordination-de-la-formation-dans-les-ght

COUTY E., 2002, *Guide d'élaboration méthodologique : Elaboration, négociation et suivi du projet social*, (visité le 9 septembre 2018), disponible sur internet :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Elaboration_negociation_suivi_projet_social.pdf

HAUTE AUTORITE DE SANTE, novembre 2015, *Contribution aux travaux de la Grande Conférence de la santé – Evaluation des compétences des professionnels en établissement de santé – Position de la Haute Autorité de santé* », (visité le 30 avril 2018), disponible sur internet :

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-12/rapport_l_evaluation_des_compences_des_professionnels.pdf

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, 26 mai 2016, *Vademecum GHT mode d'emploi* édition, (visité le 18 février 2018), disponible sur internet :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ght_vademecum-2.pdf

MINISTERE DE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, 20 décembre 2017, *Stratégie nationale de santé 2018-2022*, (visité le 02 février 2018), disponible sur internet :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022>

MINISTERE DE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE, 18 septembre 2018, *Ma Santé 2022 : un engagement collectif* , (visité le 22 septembre 2018), disponible sur internet :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/ma-sante-2022-un-engagement-collectif>

ROUSSEAU A., AUTUMNE C., septembre 2018, *Rapport final : Transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière*, Ministère des solidarités et de la santé, (visité le 20 septembre 2018), disponible sur internet :

www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000615/index.shtml

SHAM, 2018, *Hôpital et médico-social Qualité de vie au travail*, (visité le 30 juin 2018), disponible sur internet :

<https://www.sofaxis.com/sites/default/files/publications/pdfs/2018-06-26-note-qvt-sham-bd.pdf>

Articles

CHAMPY-REMOUSSENARD P., février 2008, « Incontournable professionnalisation », *Savoirs* (en ligne), (n° 17), p. 51-61. (visité le 14 août 2018), disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-savoirs-2008-2-page-51.htm>

DEFELIX Christian, février 2005, « Définir et reconnaître les compétences des salariés dans les organisations : la négociation invisible », *Négociations* (en ligne), n° 4, p. 7-20. (visité le 20 août 2018), disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-negociations-2005-2-page-7.htm>

GANGLOFF-ZIEGLER C., mars 2009, « Les freins au travail collaboratif », *Marché et organisations* (en ligne), vol. 10, n° 3, pp. 95-112, (visité le 20 août 2018), disponible sur internet : <https://www.cairn.info/revue-marche-et-organisations-2009-3-page-95.htm>

NAYRAC C., 23 janvier 2018, « L'Agence nationale du DPC veut accroître la qualité et la pluriprofessionnalité des formations », HOSPIMEDIA, (visité le 23 janvier 2018), disponible sur internet : abonnes.hospimedia.fr/articles/20180123-ressources-humaines-l-agence-nationale-du-dpc-veut

ZARIFIAN P., mai-août 1995, « Organisation qualifiante et modèle de la compétence : quelles raisons ? quels apprentissages ? », *Formation professionnelle, Revue européenne* (en ligne), n°5, pp. 5-9, (visité le 14 août 2018) , disponible sur internet : www.cedefop.europa.eu/files/etv/Upload/Information_resources/Bookshop/133/5_fr_zarifian.pdf

Référentiel

DIRECTION GENERAL DE L'OFFRE DE SOINS, CENTRE NATIONAL DE GESTION, mars 2010, *Référentiel des métiers des directeurs des soins*, (visité le 7 février 2018), disponible sur internet : https://www.ehesp.fr/wpcontent/uploads/2008/06/Referentiel_metier_de_Directeur_trice_d_es_soins.pdf

Site internet

ASSOCIATION NATIONALE POUR LA FORMATION PERMANENTE DU PERSONNEL HOSPITALIER, Les cotisations, (visité le 17 août 2018), disponible sur internet :

http://www.anfh.fr/sites/default/files/fichiers/fil_rouge_feuillets_25092015.pdf

ASSOCIATION NATIONALE POUR LA FORMATION PERMANENTE DU PERSONNEL HOSPITALIER, Etablissements Gesform et Gesplan, (visité le 17 août 2018), disponible sur internet : www.anfh.fr/gesform

ARS GRAND EST, Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, (visité le 9 septembre 2018), disponible sur internet :

https://www.grandest.ars.sante.fr/sites/default/files/201704/Cahier%20des%20charges%20GPMC_0.pdf

FEDERATION HOSPITALIERE DE France, Fiche 5 – Priorité LMSS – Formation continue, (visité le 9 septembre 2018), disponible sur internet : <https://www.fhf.fr/Ressources-humaines/Outils-et-notes/RH-et-GHT-10-fiches-pratiques>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Le répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie fonction publique hospitalière, (visité le 14 septembre 2018), disponible sur internet : www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/-Enjeux-et-objectifs-du-repertoire-.html

MINISTERE DE LA TRANSITION ECOLOGIQUE ET SOLIDAIRE, Les contenus et l'utilisation d'une fiche de poste, (visité le 17 août 2018), disponible sur internet : www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/les-contenus-et-l-utilisation-d-une-fiche-de-poste-a46.html

ORDRE DES MASSEURS KINESITHERAPEUTES, Devoirs généraux des masseurs kinésithérapeutes, (visité le 8 septembre 2018), disponible sur internet : deontologie.ordremk.fr/devoirs-generaux-des-masseurs-kinesitherapeutes/r-4321-62-formation-continue-et-evaluation-des-pratiques-professionnelles/?home

Liste des annexes

Annexe 1 : guide d'entretien

Annexe 2 : guide d'entretien pour les professionnels

Annexe 1

GUIDE D'ENTRETIEN

Présentation de la personne

Pouvez-vous me dire depuis combien de temps vous êtes directeur des soins ?

A quelle date, avez – vous intégré votre établissement ?

Avez-vous exercé dans d'autres établissements ?

Positionnement du DS par rapport aux demandes de formation des professionnels :

Quel est votre place dans le processus de la construction du plan de formation de l'établissement et des pôles ?

Au sein de votre établissement, comment traitez-vous les formations, les formations qualifiantes DU, master et la promotion professionnelle ?

Comment participez-vous à la validation des demandes de formation universitaire ou de promotion professionnelle des agents ?

Quelle place à l'encadrement supérieur et de proximité dans la validation des demandes de formation ?

Quelle collaboration avez-vous instauré avec eux ?

Est-ce que la gestion en pôle a modifié votre place dans le processus ?

Le projet de soins comme dynamique pour une politique d'amélioration des compétences au service du professionnel et du patient :

A travers, le projet de soins impulsez-vous une politique de développement des compétences ?

Quelle place lui avez-vous donné ?

Comment l'avez-vous structuré ?

Comment articulez-vous le projet de soins avec le projet médical concernant le développement des compétences nécessaires aux évolutions des activités médicales ?

Les métiers évoluent fortement, comment à travers le projet de soins vous répondez à cette évolution ?

Au niveau du GHT, existe-t-il un axe dans le projet médico-soignant partagé concernant le développement des compétences ?

Quelles orientations propose -t-il ?

Impact de la collaboration DS/DRH sur le processus

A quel niveau se situe la collaboration entre la direction des ressources humaines et de la direction des soins concernant le processus d'amélioration des compétences des professionnels para médicaux ?

Est-ce au niveau d'objectifs communs entre le projet social et le projet de soins, de l'élaboration du plan de formation ?

Comment se traduit la collaboration entre le secteur formation et la direction des soins (entretien régulier ...) ?

Avez-vous un outil commun ?

Existe-t-il une GPMC au niveau de la DRH ?

Si elle existe, vous a-t-elle permis en collaboration avec la direction des ressources humaines de développer les compétences ?

Les établissements sont de plus en plus contraints financièrement. Avez-vous du vous adapter par rapport à cette contrainte pour les demandes de formation qualifiantes et ou promotion professionnelle ?

Et comment ?

Annexe 2

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LE PROFESSIONNEL

Présentation du professionnel :

Pouvez-vous me dire depuis combien de temps vous êtes diplômés ?

A quelle date, avez – vous intégré votre établissement ?

Avez-vous exercé dans d'autres établissements ?

Positionnement du DS par rapport aux demandes de formation des professionnels :

Quel était l'objectif pour vous de suivre cette formation ?

Comment avez-vous eu accès à votre formation ?

Connaissez-vous la procédure pour la validation de votre formation ?

Qui a validé votre formation ?

Savez-vous si le DS a participé à cette validation ? Si oui, comment ?

Le projet de soins comme dynamique pour une politique d'amélioration des compétences au service du professionnel et du patient :

Savez-vous si le projet de soins de votre établissement a une action qui concerne le développement des compétences ?

Lorsque vous avez fait votre demande, l'objectif était de répondre à une évolution de vos pratiques, à une évolution de la prise en charge au sein de votre unité ou parce que vous souhaitiez évoluer ?

Connaissez-vous le projet médico-soignant partagé du GHT ?

Si oui, savez-vous si le développement des compétences est une orientation ?

Si non, pensez-vous que le développement des compétences doit y être inscrit ?

Impact de la collaboration DS/DRH sur le processus

Pensez-vous que la Direction des Ressources Humaines et la Direction des Soins collaborent ensemble afin de proposer des promotions professionnelles ou des formations qualifiantes comme les diplôme universitaire ou master ?

Si oui, comment cela s'est manifesté pour vous ?

Qui vous a aidé dans les démarches de votre demande et le suivi ?

Pour vous, pourquoi votre demande de formation a été validée ?

GOUTEY

Nathalie

Décembre 2018

FILIERE DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2018

Un parcours qualifiant organisé par le directeur des soins facilitant le développement de compétences

Résumé :

Le développement des compétences, l'émergence de nouveaux métiers sont cités dans la Stratégie Nationale de santé en 2017 et en septembre 2018 dans les 54 mesures de « Ma Santé 2022 : un engagement ». Le professionnel de santé tout au long de sa vie pourra, dans le cadre d'un parcours qualifiant, développer ses compétences individuelles et permettre le développement de compétences collectives grâce à un dispositif structuré.

Le DS coordonne les parcours qualifiants, participe à l'élaboration du plan de DPC pour les paramédicaux en collaborant avec le DRH. Le DS favorise le développement des compétences des professionnels pour assurer une prise en charge de qualité et en sécurité des patients.

Notre enquête nous a permis de mieux comprendre le positionnement du DS. Suite aux éléments recueillis et notre expérience professionnelle, nous avons formulés des préconisations et également ouvert notre propos sur la qualité de vie au travail.

Mots clés :

Directeur des soins, Directeur des ressources humaines, Compétences, parcours qualifiant, formation continue, GPMC

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.