



EHESP

Filière Directeurs des soins

Promotion : **2009**

Date du Jury : **22-23 septembre 2009**

**La formation tout au long de la vie :
un atout individuel dans une stratégie
de professionnalisation collective**

Marie-Claude DEROME

Remerciements

Je tiens à remercier ...

Tous les professionnels de santé qui, par leurs témoignages,
ont contribué à ce travail,
et plus particulièrement les directeurs de soins qui m'ont accueillie en stage
ou en entretien,

Egalement Marie-Elisabeth COSSON, pour ses précieux conseils méthodologiques dans
l'élaboration de mon questionnaire, pour son dynamisme et sa disponibilité,

Monsieur Jean-Claude VALLEE et Madame Claudine EMERY, pour leur regard éclairé et
leurs encouragements ,

Sans oublier ma famille et mes proches, pour leur patience et leur soutien sans faille, tout
au long de cette formation.

"Banaliser le changement, c'est l'accompagner individuellement."¹

¹ BARTHES.R, 15 avril 2009, intervention pédagogique auprès des directeurs de soins sur le thème de la GPMC, EHESP.

Sommaire

Introduction	1
1. FORMATION, ENJEUX ET NOUVEAUX MODELES.....	4
1.1 La formation tout au long de la vie : cadre et enjeux.....	4
1.1.1 L'hôpital : un environnement en pleine mutation.....	4
1.1.2 La formation continue à l'hôpital : un modèle à reconsidérer	7
1.1.3 Un nouveau dispositif de formation tout au long de la vie.	8
1.2 De la gestion de la formation à la gestion des compétences.....	10
1.2.1 La compétence : essai de définition.....	10
1.2.2 Des compétences individuelles aux compétences collectives.....	12
1.2.3 Intégrer la formation professionnelle à une démarche de gestion des compétences.....	12
1.3 De l'employabilité à l'individu acteur de son parcours professionnel.....	14
1.3.1 La professionnalisation : une nouvelle approche	14
1.3.2 Accompagner le processus de professionnalisation : une stratégie managériale qui oblige à reconsidérer le rôle de l'individu	15
1.3.3 Des compétences individuelles au service de la performance collective	16
2 LA FORMATION TOUT AU LONG DE LA VIE EN QUESTIONS.....	17
2.1 L'enquête	17
2.1.1 Les objectifs poursuivis. La méthodologie retenue	17
2.1.2 Les points forts et les limites de l'enquête	18
2.2 Le regard des acteurs	18
2.2.1 Une politique de gestion, de mobilisation et de développement des compétences, peu formalisée, mais partagée entre DRH et DS.....	18
2.2.2 Une formation-investissement au service de l'homme et de l'institution.....	20
2.2.3 La FTLV : perception des enjeux, mise en œuvre et perspectives.....	24
2.3 Analyse et interprétation des données.....	27
2.4 En synthèse	29

3	QUELQUES PROPOSITIONS D’ACTION.....	30
3.1	Créer les conditions d’un environnement favorable à la pratique	30
3.1.1	Engager une réflexion autour d’organisations apprenantes, qualifiantes, responsabilisantes et valorisantes	31
3.1.2	Donner de la lisibilité à l’offre métier	32
3.2	Accompagner le processus de professionnalisation.....	33
3.2.1	Créer des outils pour évaluer le professionnalisme	33
3.2.2	Sécuriser les trajectoires professionnelles	34
3.3	Professionaliser le management des cadres soignants	35
3.3.1	Analyser et prioriser les besoins de formation.....	35
3.3.2	Valoriser la formation sur le terrain	36
	Conclusion.....	37
	Bibliographie.....	39
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANFH	Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
AS	Aide-Soignant(e)
AP	Auxiliaire de Puériculture
CH	Centre Hospitalier
CS	Cadre de Santé
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CSS	Cadre Supérieur de Santé
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIF	Droit Individuel à Formation
DRH	Directeur des Ressources Humaines
DS	Directeur des Soins
FTLV :	Formation Tout au Long de la Vie
FPH	Fonction Publique Hospitalière
GPMC	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
GRH	Gestion des Ressources Humaines
IDE	Infirmier(ière) Diplômé d'Etat
L.M.D	Licence Master Doctorat
MEDEF	Mouvement des Entreprises de France
MK	Masseur-Kinésithérapeute
OPCA	Organisme Paritaire Collecteur Agréé
T2A	Tarifification à l'Activité
TIC	Technologies de l'Information et de la Communication

Introduction

Depuis une cinquantaine d'années, l'hôpital, institution-clé du système de soins, connaît une succession de réformes profondes. Tantôt centrées sur le financement des établissements, sur l'équilibre des pouvoirs, ou encore l'occupation des territoires, ces dernières obligent sans cesse l'institution à réajuster et à redéfinir son organisation interne.

L'accélération des progrès technologiques, le renforcement des politiques de santé en matière de qualité et de gestion des risques, la recomposition de l'offre de soins et la mise en place de la nouvelle gouvernance, le contexte économique et budgétaire profondément contraint, ainsi que le défi démographique lié au "papy boom" sont autant de changements qui affectent l'organisation existante et bouleversent en profondeur la culture managériale des dirigeants hospitaliers.

La gestion des personnels hospitaliers, longtemps corrélée au développement des techniques médicales, représente aujourd'hui un enjeu stratégique pour l'hôpital. Et si la stratégie est *"l'art de coordonner des actions pour atteindre un but, il ne peut y avoir à l'hôpital de stratégie sans prise en compte de sa principale richesse que sont les hommes et les femmes qui y travaillent"*².

Ce caractère stratégique du management hospitalier est appuyé par M.CREMADEZ et F.GRATEAU³ qui notent que son efficacité repose essentiellement sur les compétences des professionnels qui le composent. Pour ces deux auteurs, compétences et implication des salariés constituent, in fine, au-delà des capitaux et des techniques, le seul facteur de réussite qui permet à une entreprise d'accéder à une véritable différenciation.

Et plus les contraintes sont fortes et les marges de manœuvre réduites, plus il faut anticiper et optimiser les ressources humaines. Plus la complexité des tâches est grande, plus le temps d'apprentissage est important. Plus la qualification est forte, plus l'exigence d'intérêt au travail est grande. Alors, comment enrichir le travail et lui donner du sens? Comment en donner également le sens, la direction? Comment répondre aux besoins et attentes du corps social, mobiliser l'énergie collective et la canaliser dans le sens de la rénovation des pratiques professionnelles? Comment développer les compétences afin que chacun, au sein de l'hôpital, se sente porté par un projet et porteur de ce même projet?

² DONIUS.B, 15 avril 2009, intervention pédagogique sur la Gestion prévisionnelle des emplois, des métiers et des compétences auprès des directeurs de soins, promotion 2009, EHESP.

³ CREMADEZ. M, GRATEAU. F, 1997, *le management stratégique hospitalier*. Paris. Edition MASSON.445 p.

C'est à l'ensemble de ces questions que tente de répondre la formation professionnelle continue.

Longtemps vécue comme une obligation ou une récompense, celle-ci s'entrevoit à présent comme un investissement. *"Investir dans la formation, c'est conjuguer au présent mais aussi au futur le souci des hommes et celui des résultats."*⁴

A l'appui de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC), la formation constitue le deuxième niveau majeur de la performance. Elles concourent, toutes deux, à réduire les écarts entre les besoins prévisionnels et les ressources, entre les compétences actuelles et les compétences souhaitées.

Le Directeur des soins (DS), en sa qualité de membre de l'équipe de direction, est chargé du « *pilotage et du contrôle des politiques concernant l'organisation des soins* ». Il assure « *la gestion des moyens et des ressources : techniques, financières, humaines, informationnelles, et le développement des personnels* »⁵.

Garant de l'organisation et de la gestion des soins, il coordonne une gamme étendue de compétences professionnelles. Il inscrit son action dans une logique de professionnalisation et de sécurisation des pratiques. Il s'appuie en cela sur une politique d'amélioration continue de la qualité, intégrée au projet de soins et sur une politique de formation continue dont il définit les contours avec l'aide de la Commission des soins Infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), en partenariat avec la Direction des Ressources Humaines et dans une logique-compétences partagée.

Son investissement dans ce domaine est prépondérant au regard des enjeux liés aux évolutions de l'institution hospitalière. Le défi qu'il aura à relever sera d'en faire, malgré toutes les contraintes actuelles et les résistances naturelles au changement, non seulement un véritable outil managérial, mais aussi un facteur d'épanouissement au travail

Pour y arriver, Il pourra se référer aux nouveaux dispositifs, introduits tout récemment par la Formation Tout au Long de la Vie (FTLV) et dont le but est de permettre à tous les agents de la fonction publique, titulaires et non titulaires, « *d'exercer efficacement leurs fonctions durant l'ensemble de leur carrière, d'améliorer la qualité du service public hospitalier, de favoriser leur développement professionnel et personnel et leur mobilité* ». ⁶

⁴ BLOCH.P, cité par LAVOLLE-MAUNY. M.H., juillet-août 2007, "La formation tout au long de la vie", Revue Hospitalière de France, n°517, p 14

⁵ Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Disponible sur internet: http://91.121.210.82/WD120AWP/WD120Awp.exe/CONNECT/dhos_web.

⁶ Décret n°2008-824 du 21/08/2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la FPH, 2003, JO du 23 août 2008.

En donnant corps à l'élaboration de politiques de formation construites sur les logiques métiers-compétences, ces dispositifs visent à renforcer les dynamiques entre expression des besoins institutionnels et demandes individuelles.

Mais en quoi la FTLV permet-elle d'articuler besoins individuels et stratégie collective de professionnalisation dans les établissements de santé ?

C'est la question de départ que nous nous sommes posée et à laquelle nous tenterons de répondre tout au long de ce travail.

Pour cela, il nous faudra, dans un premier temps, situer le cadre de la formation continue à l'hôpital, retracer son évolution progressive vers une formation tout au long de la vie, avec un modèle centré sur les compétences et œuvré pour garantir l'employabilité des individus au travail, rendus acteurs de leur parcours professionnel.

La seconde partie s'attachera à vérifier, à partir d'entretiens semi-directifs conduits auprès de directeurs, de responsables-formation et de professionnels hospitaliers, les hypothèses que nous avons mobilisées au regard de notre question de départ, à savoir :

- 1. La professionnalisation des personnels de l'hôpital s'appuie sur une conception de la formation centrée sur l'individu,**
- 2. Le pilotage de la FTLV, partagé entre DS et DRH, appelle une anticipation des besoins métiers/compétences qui passe en priorité par une démarche de Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC),**
- 3. La mise en perspective des objectifs institutionnels et des attentes individuelles, en matière de formation continue, implique un relais de l'encadrement de proximité,**
- 4. Les contraintes budgétaires qui pèsent actuellement sur l'hôpital peuvent limiter les ambitions individuelles et collectives en matière de formation continue.**

A la lumière des résultats de cette enquête, nous soumettrons quelques propositions d'actions visant à créer les conditions d'un environnement favorable à la pratique et à accompagner le processus de professionnalisation au service de la performance collective, en mettant en valeur la contribution du directeur des soins.

1. FORMATION, ENJEUX ET NOUVEAUX MODELES

1.1 La formation tout au long de la vie : cadre et enjeux

Les évolutions récentes du cadre réglementant la formation continue ne font finalement qu'accompagner les mutations rapides dans lesquelles l'environnement hospitalier se trouve plongé depuis de nombreuses années.

1.1.1 L'hôpital : un environnement en pleine mutation

Aujourd'hui, les hôpitaux sont confrontés à une évolution globale et complexe. Le changement est tel qu'il y a un réel défi à retrouver un nouvel état de stabilité. Pour y parvenir, ils ont à faire face à un environnement fortement contraint, à une accélération des progrès technologiques, à un pouvoir renforcé des usagers, ainsi qu'à des perspectives démographiques assez inquiétantes et à une reconfiguration de la formation initiale et continue des personnels hospitaliers.

La recherche d'efficience de l'organisation de la prise en charge du patient, notamment induite par la Tarification à l'activité, la mise en place de la nouvelle gouvernance et la recomposition de l'offre de soins, avec en parallèle une hypertechnicisation des lieux de soins, conduit les responsables à rationaliser et optimiser les organisations. Le changement va se traduire par :

- Des opérations de restructuration interne, fondées sur la diminution d'activité dans certains domaines (tout particulièrement en chirurgie), ou de regroupement de plateaux techniques, d'activités logistiques ou de services, avec leurs répercussions sur l'organisation du travail, les modes de prises en charge, les techniques, les process ;
- Le développement d'activités nouvelles comme la chirurgie ambulatoire et, en filigrane, des redéploiements de personnels amenant à "asseoir" une politique de mobilité professionnelle et géographique ;
- une fonction managériale à étayer, un pilotage médico-économique à renforcer, une déconcentration/délégation de gestion au niveau des pôles d'activités à formaliser.

Ces différents changements dans l'organisation existante bouleversent en profondeur la culture managériale des dirigeants hospitaliers. Des "sauts" de compétence vont être à réaliser pour tout un ensemble d'acteurs hospitaliers engagés dans la mise en œuvre de ces réformes, des personnels de direction, en passant par l'encadrement supérieur et de proximité, jusqu'aux professionnels de terrain, confrontés à de nouvelles attentes des usagers.

En effet, en quelques années, l'hôpital a vu ses rapports avec les usagers se modifier. Les crises sanitaires successives ayant ému la confiance à l'égard des responsables en santé publique, la désacralisation progressive du personnel médical et la vulgarisation des connaissances médicales, via les technologies de l'information et de la communication (TIC), en sont les principales raisons.

Hier encore considéré comme un "objet de soins", l'usager réclame aujourd'hui un statut de "sujet pensant", d'acteur à part entière, informé et actif, soucieux de contribuer à l'amélioration du système. Il se comporte comme un véritable "client", revendiquant des droits qui viennent de lui être, pour certains reconnus, pour d'autres étendus.⁷

L'exigence légitime de qualité et de sécurité des soins des usagers et leur aspiration à une prise en charge globale, le développement du consumérisme et de la judiciarisation dont nous avons encore pu être témoins en ce début d'année 2009, impliquent à la fois d'intensifier et de renforcer les compétences des professionnels.

Le vieillissement de la population⁸ (en 2020, un habitant sur cinq serait âgé de 65 ans ou plus, contre un sur sept en 2000) va entraîner une augmentation de la demande de soins⁹ et un besoin accru de coordination des professionnels de santé (à l'image du de "care manager" d'outre-Atlantique). L'évolution des pathologies et des prises en charge, associées à l'évolution des thérapies, a un impact sur les métiers de l'hôpital confrontés au vieillissement de la population accueillie, le plus souvent porteuse de polypathologies, essentiellement chroniques. Les professionnels soignants vont avoir à développer de véritables compétences spécifiques à cet égard.

Concomitamment, le vieillissement des professionnels de santé va se traduire par un allongement des carrières qui posera alors la question des passerelles entre métiers, la question des parcours professionnels, et celle de la gestion des "deuxièmes carrières".

De plus, le contexte de tension démographique des professions de santé qui s'annonce déjà, caractérisé par des départs massifs en retraite simultanés et concentrés aux alentours de 2012, soulève l'épineux dossier des délégations de tâches et l'apparition de métiers émergents. Les travaux de l'Observatoire National des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière (FPH), consignés en avril 2008 dans le dernier rapport de la Haute Autorité de Santé, sous l'égide du Professeur BERLAND, mettent en exergue la nécessité "*d'articuler cet axe d'évolution des professions de santé à l'organisation des soins*" et à envisager "*la mise en œuvre d'un dispositif d'accompagnement visant à garantir l'intérêt et la qualité des nouvelles formes de coopération*"¹⁰.

Enfin, les tensions sur le marché du travail pour certains métiers qualifiés, le nomadisme croissant des jeunes professionnels dans un contexte d'évolution sociologique (attente d'une gestion plus individualisée, coexistence intergénérationnelle...) amènent à concevoir des

⁷ REPUBLIQUE FRANÇAISE, 2002 - Loi 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal Officiel n°54 du 5 mars 2002, p 4118.

⁸ ROBERT-BOBEE I., Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050, INSEE Première, INSEE, juillet 2006, n° 1089, 4 p.

⁹ DREES, Etudes et résultats n°406, juillet 2005. p.3.

¹⁰ Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, "*Délégations, transferts, nouveaux métiers...*" Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS, avril 2008, p 43.

dispositifs de fidélisation et d'attractivité des personnels plus ciblés, notamment des métiers considérés comme "sensibles"¹¹.

Ont ainsi pu être caractérisés comme métiers en rupture forte, ou requérant de nouvelles compétences, une dizaine de métiers ou groupes de métiers, parmi lesquels on retrouve quatre métiers du soin : - aide-soignant, aide médico-psychologique, auxiliaire de puériculture - Infirmier - manipulateur en électroradiologie - cadres de santé de proximité et de pôle.

Pour l'ensemble de ces métiers sensibles, il existe un besoin de professionnalisation. Il s'agit, d'une part, d'un besoin d'adaptation aux postes et, d'autre part, d'un besoin d'acquisition de compétences spécialisées puis expertes. La formation initiale, quand elle existe, n'est jamais suffisante. Quand elle n'existe pas, la qualification doit alors être acquise en poste, avec éventuellement une formation spécialisée spécifique (tutorat ou organisation de périodes d'intégration et/ou d'adaptation).

La diversité des parcours professionnels et des profils conduit à une approche individualisée des parcours professionnels et à une reconfiguration des dispositifs de formations initiale et continue pour compléter ou conforter les diverses compétences requises.

Ainsi, l'harmonisation du système européen de l'enseignement supérieur, ratifiée par les accords de Bologne en juin 1999, a modifié l'organisation générale des enseignements supérieurs. L'intégration des formations paramédicales dans le système Licence Master Doctorat (L.M.D) a amené les professionnels de santé à repenser le dispositif de formation initiale et réfléchir à la construction des savoirs professionnels. De nouveaux référentiels de compétences, spécifiques au cœur de métier et partagées entre plusieurs corps professionnels, ont été élaborés en ce sens, prenant en compte les évolutions de la demande et de l'offre en soins.

Aujourd'hui, se positionner dans le système LMD conduit à ne plus penser la formation initiale comme une fin en soi mais comme une étape dans un cursus complet de professionnalisation, de formation tout au long de la vie.

Ce même concept de FTLV, inscrit en continuité de la loi du 2 février 2007¹², vient tout récemment d'être réaffirmé par le décret du 21 août 2008, rénovant le droit de la formation continue¹³. Calquée sur la réforme du droit de la formation initiée dans le secteur privé par l'accord national interprofessionnel du 20 septembre 2003, cette évolution introduit de nouveaux dispositifs, articulables entre eux, avec pour objectif l'accompagnement des évolutions des missions et métiers de la FPH. Elle oblige ainsi à reconsidérer le modèle de la formation continue qui prévalait jusqu'alors à l'hôpital.

¹¹ Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, "*Etude prospective sur les métiers de la FPH. Tome 2 : Monographies de 10 métiers et groupes métiers sensibles.*" 2007. Presses EHESP. 328 p.

¹² Loi n°2007-148 du 2 février 2007, relative à la modernisation de la fonction publique. JO du 6 février 2007.

1.1.2 La formation continue à l'hôpital : un modèle à reconsidérer

La formation professionnelle continue à l'hôpital n'est pas une idée nouvelle en soi. Elle a vu le jour dans les années 1970 avec la loi fondatrice sur la formation continue des adultes de 1971,¹⁴ dont elle subit encore très largement aujourd'hui l'influence.

Inscrite dans le code de la santé publique sous ses deux aspects de droit pour le fonctionnaire et d'obligation dans l'intérêt du service, elle y est présentée à la fois comme un processus "d'adaptation des travailleurs aux changements des techniques et des conditions de travail"¹⁵ mais aussi un moyen de promotion sociale, de qualification et d'épanouissement professionnel et personnel. Elle vient affirmer le principe "d'éducation permanente", concept soutenu de "*Platon à Proudhon, en passant par Montaigne, Fournier et Saint Simon, sans oublier Rousseau et Voltaire ni écarter l'influence de Thomas More et Roland Owen*"¹⁶ et produit d'une longue histoire faite d'avancées considérables mais aussi de reculs notables.

De 1971 à nos jours, la formation continue a progressivement évolué, se dotant au fil du temps d'un arsenal juridique assez étoffé lui permettant de poser les bases d'une politique de formation structurée et organisée. Du concept d'enrichissement personnel, évoqué plus haut, nous sommes passés à celui d'investissement au service des hommes et de l'institution hospitalière.

Pour autant, nul ne peut cependant ignorer "*l'ambivalence lancinante et incontournable qui traverse la formation professionnelle depuis ses origines : la difficulté - au-delà des discours incantatoires et des fausses évidences - à concilier les intérêts de l'individu et ceux de l'organisation.*"¹⁷

En effet, si on s'applique à analyser de manière chronologique les politiques de formation successives, on remarque que la formation est demeurée très longtemps une fin en soi, avec un objectif souvent marqué de répondre à l'obligation légale dont il fallait s'affranchir, ou d'obéir à une logique d'assurance et de gestion de la paix sociale à l'hôpital.

Plus incitatives qu'opérationnelles et trop souvent déconnectées des projets et conduites sans vraie méthode, ces politiques se traduisaient par des actions globales de mise à niveau, insuffisamment ciblées en termes de compétences visées, et insuffisamment personnalisées.

Il s'agissait d'une période où l'offre conditionnait la demande et où la formation représentait un produit de consommation courante sans véritable finalité stratégique.

¹³ Op.cit.

¹⁴ Loi n°71-575 du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente, complétée par le décret 75-489 du 16 juin 1975.

¹⁵ Ibid. Article 1^{er}.

¹⁶ Revue ESPRIT. Octobre 1974. Cité par ABBAD.J. 2001. *Organisation et management hospitalier*, Editions Berger-Levrault. Paris, p.293.

¹⁷ CADIN.L., GUERIN.F., PIGEYRE.F., 2007, *Gestion des Ressources Humaines*, 3^{ème} édition. DUNOD, Baume les dames, p. 475.

S'y ajoutait également le mythe de la formation miracle, susceptible de résoudre à court terme, l'ensemble des dysfonctionnements de l'hôpital.

La formation était souvent dissociée de la réflexion sur les organisations de travail, l'évolution des structures ou la gestion des ressources humaines, et parfois même des besoins réels des patients, donnant l'image d'une formation-outil peu réactive et peu efficace, malgré les sommes considérables investies.

Selon DONNADIEU, l'efficacité globale d'une entreprise *"résulte de l'efficacité stratégique ou institutionnelle, de l'efficacité organisationnelle et de la capacité des hommes à mettre en œuvre cette politique et à faire fonctionner cette organisation, condition de l'efficacité humaine. La qualité de la formation continue, organisation dans l'organisation, est donc à la fois, la condition et la résultante, la cause et l'effet des équilibres inhérents aux trois modes de régulation qui définissent l'efficacité générale de l'entreprise, la régulation par l'institution, la régulation par l'organisation, la régulation par les hommes."*¹⁸

Conscients de cet enjeu capital et des défis à relever dans cette période de grandes mutations, les acteurs du monde du travail, partenaires sociaux, employeurs et Etat ont, dès 2003, engagé des actions visant à se doter de nouveaux outils de management et de gestion des compétences.

La loi du 4 mai 2004, dans la fonction publique, la loi de modernisation du 2 février 2007, dans la FPH, l'accord du 19 octobre 2006 sur le dialogue social, la formation, les conditions de travail, l'action sociale et les statuts, l'arrêté du 29 juin 2007, portant agrément de l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) en tant qu'Organisme paritaire Collecteur Agréé (OPCA) constituent le socle législatif et réglementaire sur lequel prend appui le changement. Il faudra attendre le décret du 21 août 2008, pour que soient mises en œuvre la quasi totalité des mesures prévues par les protocoles du 25 janvier, du 19 octobre et 21 novembre 2006, déclinées dans la loi du 2 février 2007 et que soit ainsi instituée la formation professionnelle tout au long de la vie.

1.1.3 Un nouveau dispositif de formation tout au long de la vie.

Le décret du 21 août 2008 organise le modèle d'une formation œuvrée pour "l'employabilité" des individus au travail.

Ce concept européen que GAZIER définit comme *"la capacité relative d'un individu à obtenir un emploi normal compte tenu de l'interaction entre ses caractéristiques personnelles et celles du marché du travail"*¹⁹ apparaît désormais comme une responsabilité du collectif du travail mais également des individus, tout au long de leur vie professionnelle.

¹⁸ Cité par ABBAD.J. 2001, *Organisation et management hospitalier*, Ed. Berger-Levrault, Paris, p.297.

¹⁹ GAZIER.B., 2006, "L'employabilité" in *L'Encyclopédie des Ressources Humaines*. 2^{ème} édition, p.353.

Ainsi conçue, la FTLV est un outil destiné à maintenir et à développer les compétences des personnels, notamment issus des catégories les moins qualifiées, dans l'optique de préserver leur emploi actuel ou futur. *"Les employeurs doivent saisir l'opportunité de valoriser leur capital humain pour disposer d'agents compétents et formés aux défis du système de santé pour assurer au mieux sa qualité et celle du service public rendu."* ²⁰

Comme le souligne l'article 1 de ce décret, *"La FTLV des agents de la FPH a pour but de leur permettre d'exercer efficacement leurs fonctions durant l'ensemble de leur carrière, d'améliorer la qualité du SPH, de favoriser leur développement professionnel et personnel ainsi que leur mobilité. Elle contribue à créer les conditions d'un égal accès aux différents grades et emplois entre hommes et femmes."*

Une nouvelle typologie des actions de formation remplace celle du décret de 1990²¹ en 8 types d'actions, de la formation professionnelle initiale, théorique et pratique en direction des personnes sans qualification, aux dispositifs individuels de formation, en passant par les actions de Formation Professionnelle Continue, ou de reconversion. Cette typologie recouvre l'ensemble des étapes possibles d'un parcours de formation professionnelle tout au long de la vie. Les actions sont classées au regard de leur finalité : 1. Adaptation immédiate au poste de travail – 2. Adaptation à l'évolution prévisible des emplois – 3. Développement des compétences ou acquisition de nouvelles compétences.

A côté de la nouvelle nomenclature des actions de formation, dont on peut néanmoins souligner la relative complexité, il est prévu :

- un nouveau dispositif sur-mesure pour des publics prioritaires et l'accès à une 2^{ème} carrière, des modes de formation rénovés (tutorat, alternance...),
- l'intégration des parcours de professionnalisation et des possibilités de co-construction de réponses de formation, notamment via le Droit Individuel à Formation (DIF), dont l'enjeu vise à répondre au projet partagé entre l'agent et l'établissement,
- un nouvel outil au service de l'agent : le passeport formation, sorte d'historique des actions de formation auxquelles l'agent a participé. Il permet la valorisation du parcours de formation.

Et comme le précise la circulaire DHOS du 9 octobre 2007 sur le renforcement de la gestion des ressources humaines dans les établissements de santé, ceux-ci *"doivent compléter leur gestion administrative et statutaire par une gestion davantage orientée vers une gestion des métiers et des compétences qui peut seule répondre aux enjeux de professionnalisation des métiers du secteur de la santé."* ²²

²⁰ TREMEUR M., Mars 2009, *"Formation Tout au Long de la Vie : les défis pour la DRH."* Santé RH, p.16.

²¹ Décret n°90-319 du 5 avril 1990 relatif à la formation professionnelle continue des agents de la FPH. JO du 10 avril 1990.

²² CIRCULAIRE N°DHOS/P1/2007/369 du 9 Octobre 2007 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) 2007 (texte non paru au JO).

Les objectifs de cette circulaire tendent à renforcer le pilotage stratégique des ressources humaines dans les établissements de santé, les invitant à s'adapter aux nouveaux enjeux de la professionnalisation en passant, entre autres choses, d'une gestion de la formation à une gestion des compétences.

1.2 De la gestion de la formation à la gestion des compétences

Les dispositions du décret sur la FTLV, telles que présentées ci-avant, reposent sur de nouveaux équilibres entre projets individuels et projets collectifs de formation. Elles donnent corps à l'élaboration de politiques de formation construites sur des logiques métiers-compétences et concrétisent l'implication du salarié et de l'employeur dans une démarche de co-investissement, condition même de l'efficacité individuelle et collective.

Sur le plan collectif, la formation est très étroitement liée aux politiques de l'emploi, avec la nécessité d'adapter les compétences et qualifications aux évolutions des métiers de demain ou d'en acquérir de nouvelles. Sur un plan plus individuel, les nouvelles générations sont en attente de parcours davantage individualisés, comme en témoigne la progression des demandes de bilans de compétences et/ou de validation des acquis de l'expérience (VAE).

Ainsi au plan national, les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) ont enregistré, de 2002 à 2006, 75 057 dossiers de recevabilité de VAE sanitaire et sociale, 36 818 dépôts de dossiers de présentation des acquis, 32 638 entretiens avec le jury, 14 023 délivrances de diplôme et 9 728 validations partielles au 1^{er} passage devant le jury.²³

L'approche métier, vecteur de développement de la gestion des ressources humaines dans les établissements de santé exige une gestion anticipée des compétences. Mais qu'entend-on effectivement par compétences ?

1.2.1 La compétence : essai de définition

La notion de compétence a été longtemps sans poser problème. Les compétences existaient en soi. On en avait, ou on n'en avait pas, et c'était tout.

Cette conception s'appuyait sur l'idée selon laquelle la compétence, associée de manière principale à des capacités techniques, était avant tout une réponse aux exigences de la production et de son organisation.

Dérivée du verbe latin "competere" signifiant "convenir, être adapté à", le Larousse universel la situait à la fois comme une capacité individuelle et une position qui permettait d'exercer cette capacité.

²³ RAPPORT DGAS. 3 Mai 2007, "La validation des acquis de l'expérience en vue de l'obtention des diplômes délivrés par les ministères chargés des affaires sociales et de la santé : réalisations 2006 et prévisions 2007".

Mais en quelques années, de 1968 au début des années 80, se sont progressivement dessinées de nouvelles approches conceptuelles, *"assorties de références de plus en plus appuyées aux savoirs-être, puis même aux savoir-dire son métier, à une méta-connaissance liée à la capacité de verbaliser et d'explicitier son travail."*²⁴

Le MEDEF²⁵, réuni en 1998 autour du colloque Objectif compétences, décrit la compétence comme *"la combinaison de connaissances, de savoir-faire, expériences et comportement s'exerçant dans un contexte précis"*.

Malgré cette tentative de clarification, de nombreux auteurs s'accordent à dire qu'il manque une définition forte de cette notion aux acceptions aussi diverses que nombreuses. Largement utilisée dans les différents champs des sciences humaines, elle peut signifier l'ensemble des ressources que nous mobilisons pour agir. D'autres définitions évoquent l'articulation entre compétence et action : pour MALGLAIVE, la compétence est *"un savoir en usage désignant une totalité complexe et mouvante mais structurée, opératoire, c'est-à-dire ajustée à l'action"*.²⁶

WITTORSKI introduit la notion de reconnaissance sociale de la compétence : *"Finalisée, la compétence est produite par un individu ou un collectif dans une situation donnée et elle est nommée et reconnue socialement. Elle correspond à la mobilisation dans l'action d'un certain nombre de savoirs combinés de façon spécifique en fonction du cadre de perception que se construit l'acteur de la situation"*.²⁷

D'autres auteurs encore, comme ZARIFIAN, en donnent une définition plus large, centrée sur un changement d'attitude sociale des sujets humains par rapport au travail et à son organisation : *"La compétence est la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté"*.²⁸ Il y a engagement personnel du sujet qui se prend lui-même en charge face à l'activité à mener.

De cette compétence, ZARIFIAN dira également qu'elle est *"une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforme avec d'autant plus de forces que la diversité des situations augmente"*.²⁹ La construction de parcours de professionnalisation prend ici tout son sens.

Il dira encore qu'elle est *"la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines de co-responsabilité"*. Cela n'est pas sans rappeler la démarche de co-investissement salarié-employeur dans laquelle s'inscrit la FTLV et dont nous avons dit plus haut qu'elle représentait la condition même de l'efficacité

²⁴ MIRAMON. J.M., BERTAUX. R., BESSON. C., LOUBAT. J-R., juillet-octobre 2004, *"Les compétences dans le secteur social et médico-social. Evolutions et injonctions"*. Les cahiers de l'ACTIF. N°338 à 341, p.12.

²⁵ Mouvement des Entreprises de France.

²⁶ AUBRET.J, GILBERT.P, PIGEYRE.F, 1993, *Savoir et pouvoir : les compétences en question*, PUF, p.30.

²⁷ WITTORSKI, R., 1998. *De la fabrication des compétences*. Education permanente, p.60.

²⁸ ZARIFIAN.P., 1999, *Objectif compétence: pour une nouvelle logique*, Paris, Editions Liaisons, p.70.

²⁹ Ibid, p.74.

individuelle, bien sûr, mais aussi collective. Mais quels liens peut-on faire entre compétences individuelles et compétences collectives ?

1.2.2 Des compétences individuelles aux compétences collectives

Quand une situation complexe dépasse le niveau de compétences d'un seul individu, celui-ci est amené à recourir à des compétences qu'il ne possède pas; En sollicitant ses collègues, le professionnel va être confronté à de nouvelles sources de connaissances, d'expertise et d'expérience. Ainsi, la compétence individuelle est fortement corrélée à celle du collectif.

Expliquer comment une compétence collective peut se développer reste un exercice difficile. Une étude récente permet d'identifier trois formes de compétences enchâssées dans les processus opérationnels, susceptibles de contribuer à la performance collective³⁰: la capacité à agir efficacement de façon identique face à des problèmes routiniers, la capacité à interagir en fonction de différentes catégories de problèmes en situations variées et la capacité à co-construire des solutions ad hoc en cas d'imprévus ou de problèmes inédits.

Toutes trois nécessitent la constitution d'un collectif de qualité, sa préservation et son bon fonctionnement. Il faut une réelle complémentarité pour que le groupe soit efficace.

Paradoxalement, plus la compétence collective est forte, plus les compétences individuelles deviennent indispensables. Il convient donc de *"préserver la compétence de l'individu tout en gérant le renouvellement des compétences au sein du groupe. C'est au prix de cet équilibre délicat que se maintient la compétence collective."*³¹

A l'appui de la formation, la GPMC constitue un des deux niveaux majeurs du maintien et du développement des compétences.

1.2.3 Intégrer la formation professionnelle à une démarche de gestion des compétences

Le contexte mouvant des organisations hospitalières, l'apparition de "métiers émergents", l'identification de "métiers sensibles", ajoutés aux évolutions démographiques qui vont affecter la FPH très prochainement posent le problème de l'évolution des compétences, de la transmission des savoirs, des orientations à suivre en matière de recrutement, de mobilité, de politique promotionnelle. Comment la politique de formation peut-elle aider à préparer le futur?

³⁰ DUPUICH-RABASSE. F., Mai 2008, *Management et gestion des compétences*, LHAMATTAN, p.25.

³¹ TERRANEO.F, AVVANZINO.N, décembre 2006, "Le concept de compétences en regard de l'évolution du travail : définitions et perspectives", *Recherche en soins infirmiers*, n°87, p.20.

Dès la circulaire du 23 février 1989 relative au renouveau du service public il est indiqué que " *la formation initiale et continue doit jouer pleinement son rôle d'instrument privilégié de valorisation professionnelle et d'adaptation de leurs qualifications aux évolutions des missions et des métiers [...]* " ³²

Cette orientation est renforcée dans le manuel V2 de la Haute Autorité de Santé (HAS) qui stipule à la référence 9c : "*La formation continue du personnel tient compte non seulement de la GPEC, en adéquation avec les orientations stratégiques et les priorités définies par les instances, mais aussi de la réalisation des projets professionnels individuels, notamment lors de l'élaboration du plan de formation.*" Cette affirmation est reprise au critère 3_a du nouveau manuel V₂₀₁₀, structurant le management des emplois et des compétences autour des 3 étapes classiquement rencontrées dans une démarche d'amélioration continue de la qualité : prévoir, mettre en œuvre, évaluer et améliorer. ³³

Selon Pascale LIMOGES, "la politique de formation est un élément-clé de la GPMC." ³⁴. Présentée comme une rencontre entre le projet d'établissement et le projet professionnel de l'agent, la GPMC implique une vision anticipée et planifiée des projets, activités et ressources de l'établissement. Pour cette auteure, GPMC et formation forment deux axes d'une même gestion sociale qui se complètent et se renforcent mutuellement. Elles ont toutes deux pour objet de :

- *"Comblent l'écart entre les exigences du métier et les compétences du salarié,*
- *Préparer des salariés à un changement de leur métier : nouvel équipement, évolution technologique, "qualité totale", nouvelle organisation,*
- *Faire évoluer de façon continue les métiers (mettre en place des processus conjoints d'évolution des organisations du travail, de la qualification et de la formation des salariés)*
- *Préparer les salariés à de "nouveaux métiers" de l'entreprise (au sens des métiers vraiment en rupture par rapport aux situations de travail actuelles) et à une évolution "non lisible" des métiers" ³⁵*

Ces enjeux intéressent tout particulièrement le DRH, le directeur des soins et les responsables de pôle, à qui il importe de "*disposer à temps, en effectifs suffisants et en permanence de personnes compétentes et motivées pour effectuer le travail nécessaire, en les mettant en situation de valoriser leurs talents avec un niveau élevé de performance et de qualité, à un coût salarial compatible avec les objectifs économiques et dans le climat social le plus favorable possible.*" ³⁶

³² Premier ministre, circulaire du 23 février 1989 relative au renouveau du service public, p.3.

³³ HAUTE AUTORITE DE SANTE. 2008, *Manuel de certification des établissements de santé V2010*, p.21.

³⁴ LIMOGES.P, 2005, *Le développement des ressources humaines, chapitre IV*, Editions ENSP, p.172.

³⁵ ABBAD.J., 2001, *Organisation et management hospitalier*, Ed. Berger-Levrault, Paris, pp.312-313.

³⁶ MEIGNANT.A., 2003, *Manager la formation*, Rueil Malmaison, Editions Liaisons, p.21.

Disposer de ressources humaines disponibles, mobilisées, efficaces et adaptables, tels sont les enjeux d'une politique de GRH.

Avoir des ressources humaines disponibles et mobilisées, c'est mettre les compétences requises à disposition afin de faire face à la réalisation de l'activité ; c'est aussi anticiper l'avenir, renforcer l'attractivité de l'établissement en interne et fidéliser le personnel recruté. C'est inscrire la mise en œuvre individuelle dans une dynamique collective ; c'est encore donner du sens à l'action et l'inscrire dans une démarche de projet. Il s'agit de favoriser la participation à l'élaboration de projet (projet d'établissement, projet de soins, projet de pôle...) et la formalisation d'un parcours professionnel individualisé.

Disposer de ressources humaines efficaces renvoie à l'idée d'organiser, d'optimiser et d'évaluer. Cela passe, sans doute, par une remise à plat des organisations existantes et nécessite un "outillage" spécifique : pyramide des âges, cartographie des métiers, structures-cibles des métiers, aires de mobilité ...

L'évolution globale et complexe qui touche nos organisations hospitalières suppose de disposer de ressources en capacité de s'adapter à cette évolution. Il s'agit en effet d'accompagner l'employabilité par un "rafraichissement" des compétences existantes ou d'en acquérir des nouvelles. Une politique pluriannuelle de formation continue, soutenue par une dynamique managériale forte et un dialogue social de qualité, peut y aider. Elle peut aussi permettre de rendre les personnels acteurs de leur parcours professionnel.³⁷

1.3 De l'employabilité à l'individu acteur de son parcours professionnel

Pour que l'agent devienne acteur de sa formation, il faut lui présenter des conditions favorables : un emploi bien repéré (fiche de poste, répertoire des métiers hospitaliers, ou mieux, cartographie des métiers), des perspectives d'évolution et un accompagnement de la professionnalisation. Les possibilités d'évolution professionnelle et d'accès à la formation de tous les agents doivent être développées selon une nouvelle approche.

1.3.1 La professionnalisation : une nouvelle approche

La professionnalisation s'entend comme le phénomène qui conduit un individu à devenir professionnel.

Chez THIERRY et SAURET³⁸, la notion de professionnalisation revêt 3 modalités principales : "*la maîtrise plus large dans le métier exercé, par intégration progressive d'activités nouvelles - la polycompétence, définie comme la possibilité offerte (et encouragée)*

³⁷ BARTHES.B, DONIUS.B, 2005, *Le développement des ressources humaines*, chapitre I, vol 2, EHESP, pp.47-49.

d'acquérir la maîtrise simultanée de plusieurs métiers aux compétences différentes, alors même que chacun n'est tenu que de façon alternative par la personne - la mobilité professionnelle de progression, organisant des parcours professionnels entre les métiers, destinés à l'enrichissement des compétences disponibles parmi les salariés."

Selon LE BOTERF, la professionnalisation se réalise par des parcours incluant et alternant des situations variées (situation de formation, situation de travail, prises de fonction, situations extra-professionnelles) et diverses modalités d'apprentissage (auto-formation, compagnonnage, tutorat, coaching, formation formelle, résolution de problèmes, réalisation de projets, études, apprentissage coopératif, échanges de pratiques, retours d'expériences).³⁹ Elle vise l'amélioration de l'opérationnalité des travailleurs. Pour G.JOBERT, *"devant la complexité et l'imprévisibilité des situations, qualifier ne suffit plus. Il faut professionnaliser les travailleurs en les amenant à investir davantage leur subjectivité, à mobiliser leur intelligence créative et à prendre des décisions en fonction de la reconfiguration incessante des situations concrètes"*.⁴⁰

L'accompagnement des personnels dans la construction de parcours individuels de formation représente une réponse possible à la professionnalisation de la structure toute entière, telle que préconisée dans la circulaire DHOS du 09/10/2007 sur la réforme de la gestion des ressources humaines dans les établissements de santé.

1.3.2 Accompagner le processus de professionnalisation : une stratégie managériale qui oblige à reconsidérer le rôle de l'individu

Accompagner le processus de professionnalisation s'inscrit dans une doctrine managériale qui vise à impliquer davantage les professionnels dans un projet d'établissement. Elle sollicite des qualités d'adaptation et de coopération dans le travail qui, si elles ne sont pas nouvelles, prennent une importance grandissante.

Pour le directeur des soins en charge de la gestion et de l'organisation des soins dans l'établissement, l'enjeu est double : stimuler l'engagement personnel du professionnel afin de mieux répondre aux exigences de la performance collective, tout en favorisant son épanouissement au travail.

Professionnaliser oblige à reconsidérer le rôle de l'individu dans l'entreprise. *« Il ne s'agit plus d'obéir aux consignes prescrites, mais d'affirmer et de prouver son autonomie et sa responsabilité par ses capacités d'initiative, de décision et d'innovation... L'entreprise s'engage à offrir au salarié une visibilité sur l'organisation (les métiers stratégiques, les axes de*

³⁸ cités par DUPUICH-RABASSE. F., Mai 2008, *Management et gestion des compétences*, Le Mesnil sur l'Estrée, LHAMATTAN, p.42.

³⁹ LE BOTERF.G., 2002, *Développer la compétence des professionnels. Construire des parcours de professionnalisation*, Editions d'Organisation, Paris, p 251.

⁴⁰ JOBERT.G, mai 2004, "La professionnalisation : entre compétence et reconnaissance sociale", *Soins Cadres*, n°50, p.42.

développement de l'entreprise), le salarié doit devenir acteur de son propre développement professionnel. Il lui revient de s'adapter aux besoins de l'activité de l'entreprise, de procéder à l'auto-formation continue par le biais du DIF et du plan de formation interne. C'est au salarié de développer sa trajectoire professionnelle, en relation avec sa hiérarchie."⁴¹

1.3.3 Des compétences individuelles au service de la performance collective

Cependant, la compétence de l'individu n'est pas une fin en soi. Elle doit être mise au service d'une mobilisation collective qui se mesure en termes d'efficacité, de qualité et d'adaptation au changement. La question qui se pose alors est de reconnaître et valoriser les compétences des uns sans décourager la participation des autres. En effet, les démarches de professionnalisation, inscrites dans un management par les compétences, s'appuient sur des dispositifs d'évaluation personnalisés qui peuvent encourager les stratégies individualistes : « La gestion des compétences vient ainsi attiser les tensions que suscite l'individualisation de la relation salariale : cette individualisation n'est qu'un moyen au service de la dynamique collective mais le risque qu'elle soit perçue comme une fin en soi existe bel et bien. C'est généralement à l'encadrement de proximité qu'il appartient de déjouer ces pièges et son rôle est ici majeur. ».⁴²

Les référentiels-métiers peuvent, à cet égard, fournir des repères pour mesurer la progression d'un agent en vue d'une meilleure qualification, d'une réorientation ou d'une promotion. Si ces outils apportent un supplément d'objectivité aux évaluations, on sait bien qu'une part d'arbitraire et/ou d'interprétation subjective des comportements peut subsister. Il appartient au cadre de s'expliquer de façon transparente, au cours d'un entretien en face-à-face, avec ses subordonnés, des raisons de son jugement.

La formation continuée, au sens de ce qui vient d'être établi par la réglementation, nous l'avons vu, est un outil de management au service des professionnels et de l'institution. Elle pose le principe d'une formation davantage centrée sur l'individu. Son pilotage, partagé entre DS et DRH appelle une anticipation des besoins qui passe en priorité par une démarche de Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences et qui suppose un relais de l'encadrement de proximité. Levier de changement et facteur d'épanouissement au travail, le directeur des soins devra être en mesure de le mobiliser, en référence à son périmètre de responsabilité partagée avec le DRH et au regard des contraintes budgétaires qui pèsent actuellement sur l'hôpital et qui peuvent limiter les ambitions individuelles et collectives en matière de formation continue. Telles sont les hypothèses que nous soulevons et que nous allons tenter de vérifier dans la partie qui va suivre.

⁴¹ DUPUICH-RABASSE. F. *Management et gestion des compétences*, Le Mesnil sur l'Estrée. LHAMATTAN, Mai 2008, p 116.

⁴² MONCHATRE.S., octobre 2003, *Management des compétences et construction des qualifications. Comment concilier performance des entreprises et carrières individuelles ?*, revue BREF, CEREQ n°201, p.1.

2 LA FORMATION TOUT AU LONG DE LA VIE EN QUESTIONS

Au-delà de l'approche contextuelle que nous venons d'aborder, un certain nombre de d'hypothèses ont été mobilisées. Elles nécessitent un éclairage complémentaire que nous avons choisi d'apporter en menant une enquête auprès d'un public hospitalier.

2.1 L'enquête

2.1.1 Les objectifs poursuivis. La méthodologie retenue

L'enquête s'appuie sur quatorze entretiens conduits auprès d'un public constitué de deux DS (l'un est Président de l'ANFH), d'un DRH, mais aussi auprès de deux responsables-formation, d'un cadre supérieur de santé de pôle (CSS), de deux cadres de proximité (CS), de quatre professionnels soignants [un infirmier (IDE), un masseur-kinésithérapeute (MK), un aide-soignant (AS) et une auxiliaire de puériculture (AP)] et de deux représentants syndicaux, (également AS), rencontrés au cours ou au décours des deux stages d'observation, intégrés à la formation de directeur des soins et réalisés en secteur public hospitalier. Ces entretiens ont été réalisés dans trois établissements différents. Situés dans l'Est et le Sud-est de la France, ces établissements sont des centres hospitaliers (CH) de taille moyenne : environ cinq cents lits et places pour le premier et le dernier, à peine plus de mille pour le second.

Dans un souci de préservation de l'anonymat et afin de faciliter la lecture et la compréhension des résultats, nous avons choisi de les nommer CH1, CH2 et CH3.

Les entretiens semi-directifs se sont rapidement révélés comme la méthode d'investigation la plus pertinente. A partir des différents points de vue évoqués, ces entretiens visaient à :

- situer la place des différents acteurs et identifier leur rôle dans la conception, la mise en place et le pilotage du nouveau dispositif
- mesurer le niveau de satisfaction des agents vis-à-vis du dispositif actuel de formation continue
- identifier les représentations et le vécu de chacun sur les thématiques suivantes :
 - le management des ressources humaines : outils de pilotage, moyens mis à disposition pour garantir, maintenir ou parfaire les compétences, optimisation des conditions de travail, perspectives d'évolution professionnelle offertes aux agents
 - la stratégie déployée en matière de FC : formalisation d'une politique de FC, accès des personnels à la formation, accompagnement des projets individuels, construction-articulation du plan de formation continue aux projets institutionnels, formalisation d'une politique de gestion de l'absentéisme généré par la formation
 - le nouveau dispositif de FTLV : connaissance, enjeux, limites, mise en œuvre, perspectives et attentes personnelles, rôle de l'encadrement.

Une trame commune d'interview a ainsi été élaborée puis déclinée en fonction des différents acteurs interrogés : DS-DRH-Responsables Formation, d'une part, professionnels soignants-représentants du personnel, d'autre part.⁴³

Le recueil et la mise en parallèle des informations collectées ont fait l'objet d'une synthèse, laquelle a servi de base à l'analyse et l'interprétation des données.

Elles ont, parallèlement, été confrontées aux informations tirées de l'observation documentaire des différents projets institutionnels (projet de soins, plan de formation continue, projet et bilan social), de manière à pouvoir, par la suite, appréhender l'articulation possible entre les besoins individuels des agents en matière de formation et la stratégie de professionnalisation, déployée à l'échelon institutionnel.

2.1.2 Les points forts et les limites de l'enquête

La démarche proposée ne prétend pas constituer une recherche exhaustive. La taille limitée de l'échantillon ne permet qu'une première approche de l'ensemble de la question qui ne peut que conduire à une extrapolation prudente des résultats obtenus.

Il est également important de souligner que ce recueil d'informations ne peut être abordé comme un audit comparatif du niveau de mise en œuvre de la FTLV sur chacun des établissements, ce qui, compte-tenu du temps imparti pour la recherche, aurait relevé de l'exploit. Il s'agit plutôt d'une approche visant à appréhender la façon dont les acteurs principaux se sont appropriés le concept et l'intègrent dans leurs pratiques.

La sincérité de leurs réactions, parfois vives, souvent désenchantées, démontre cependant un réel intérêt pour le sujet. L'anonymat qui leur était garanti a certainement, contribué à la libre expression de chacun. Ainsi, le regard porté par chacun d'entre-eux a permis d'éclairer le questionnement et les hypothèses.

2.2 Le regard des acteurs

2.2.1 Une politique de gestion, de mobilisation et de développement des compétences, peu formalisée, mais partagée entre DRH et DS

Dans les établissements 1 et 3, de plus faible capacité, la politique visant à maintenir, garantir ou parfaire les compétences des agents n'est pas véritablement définie.

- Le responsable-formation parle d'une « *amorce de réflexion* » sur le CH1 : l'entretien annuel d'évaluation, présenté comme le « *point central du management* » vient d'être actualisé et protocolisé ; il se définit comme « *une projection sur l'avenir, formalisée par un contrat de progrès* ».

⁴³ Cf. annexes 1 et 2, p.III et p.V.

Celui-ci permet, « à partir d'une analyse des pratiques professionnelles, d'identifier les besoins et recenser les projets de l'agent, notamment en termes de formation. Il favorise l'expression individuelle et valorise la progression personnelle »⁴⁴. Pour parvenir à ce résultat, l'encadrement supérieur et de proximité a bénéficié d'une formation à la démarche par processus et à la conduite d'entretien. Celle-ci devrait déboucher sur la réalisation d'une carte d'identité des processus principaux et des processus critiques, et sur la rédaction de fiches-métiers encore en cours d'élaboration. A ce jour, seuls les métiers du soin ont été répertoriés.

- Déclinées en savoirs, savoir-faire et savoir être, ces fiches métiers sont harmonisées pour l'ensemble des services du CH3. Tableaux prévisionnels de départs en retraite, pyramide des âges du personnel, recensement annuel des souhaits de mobilité, gestion personnalisée pour les personnels en situation d'inaptitude au travail, complètent le dispositif.
- Une démarche de GPMC, un peu plus élaborée, a été engagée dans le CH 2, il y a environ 2 ans, en vue de la restructuration de l'établissement et du déménagement sur le nouveau site : une cellule GPMC a alors été mise en place, associant DRH, DS, un Attaché d'Administration Hospitalière et un agent administratif de la DRH, un CSS en mission transversale, chargé de la Gestion des Ressources Humaines (GRH) au sein de la direction des soins, et le responsable – formation.
- Une analyse fine des flux d'entrées et de sorties en personnel, associée au repérage des emplois-cibles, des métiers dits sensibles et des nouveaux métiers, a débouché sur la délimitation du périmètre des effectifs nécessaires à la mise en place du nouvel hôpital et sur un plan d'accompagnement des départs volontaires. Une fiche de souhaits d'évolution professionnelle a été établie à cette intention, donnant ainsi au personnel la possibilité d'exprimer un éventuel désir de changement de service, voire de métier, ou de formuler un souhait d'évolution de carrière par le biais d'une promotion professionnelle.
- Cette démarche de croisement des compétences, des besoins en emplois et des souhaits individuels est, pour le DRH, le DS et le responsable formation de cet établissement, le préalable nécessaire pour asseoir un « véritable plan de développement des compétences qui puisse, tout en donnant satisfaction aux professionnels, répondre aux enjeux de performance et relever le défi financier auquel est confronté l'établissement ». Les personnels soignants et les représentants syndicaux interviewés l'attestent et demandent à ce qu'une politique de mobilité soit davantage formalisée avec, à l'appui, les fiches-métiers existantes dont ils réclament la libre diffusion, et la fiche d'évolution professionnelle qu'ils souhaitent voir rééditée et exploitée chaque année.

⁴⁴ CH 1. Protocole « L'entretien annuel d'évaluation », 27/05/2009, p.1.

- Le DS précise qu'un classeur, où figurent la carte d'identité du pôle d'activités médicales et les fiches de postes de l'ensemble des personnels soignants, a été mis à disposition de ceux-ci afin qu'ils puissent plus facilement s'y référer et éventuellement se positionner sur un nouveau poste. Néanmoins, la majorité des personnels interviewés n'en font pas état et avouent n'avoir surtout connaissance que de leur propre fiche-métier, à l'élaboration de laquelle ils ont parfois contribué, comme le précise cette AP au cours de l'entretien..
- Des référentiels de montée en charge des compétences ont été initiés par le CGS. Certains sont « *déjà bien avancés, comme celui de la réanimation* » ; ils devraient permettre, à terme, de déboucher sur l'établissement de parcours de professionnalisation.
- Une cartographie des métiers reste à finaliser. Selon le DRH du même établissement, un projet d'acquisition de logiciel en commun avec 3 établissements de santé voisins est soutenu par l'ARH. Il espère en voir l'aboutissement d'ici 2010. Cet outil est, selon lui, indispensable pour améliorer la GRH dont il a la charge et qu'il assume « *en parfaite intelligence* » avec une direction des soins, reconnue pour son expertise dans le domaine des soins et de la formation. Il dit s'appuyer sur elle pour « *évaluer les compétences, manager les équipes soignantes et définir un projet de formation qui puisse tout autant avoir un impact au niveau de la qualité et de la sécurité des soins, accompagner les professionnels, redonner du sens à leur travail et les fidéliser.* »
- Le DS de cet établissement reconnaît une « *relation DRH-DS pour le moins facile, avec une autonomie sur le recrutement des personnels non médicaux, sur les remplacements de courte durée et un avis qui est souvent pris en compte par son collègue DRH* ».
- Pour le DS du CH3, « *c'est un travail sur du velours, une histoire d'alchimie. Ensemble, DRH et DS partagent des territoires communs, malgré des prérogatives distinctes, des champs de compétences et des responsabilités propres. La GRH fait partie de ces domaines où la décision est souvent conjointe, même si, au final, c'est le DRH qui signe. Les stratégies de fonctionnement sont discutées ensemble. Les informations sont partagées, des tableaux de bord communs ont été élaborés, avec un accès direct pour chacun* ».
- L'un comme l'autre savent tirer profit des expériences respectives : l'organisation des soins et la formation pour la première, la gestion des carrières et la mise en œuvre d'une politique sociale pour la seconde. Ce partage d'expérience leur a été utile pour co-construire un plan de FC, présenté comme « *un véritable investissement au service de l'homme et de l'institution.* »

2.2.2 Une formation-investissement au service de l'homme et de l'institution

D'une manière générale, la formation continue est conçue comme un levier d'amélioration des compétences, de bien-être au travail et d'ouverture sur l'extérieur.

- La sécurité des soins, niveau premier de la qualité, apparaît comme le premier objectif à atteindre pour le DS du CH 3, qui place ensuite, sur le même plan, le maintien et le développement des compétences, l'amélioration des conditions de vie au travail et la sécurisation des parcours professionnels.

La FC doit permettre de « *faire face aux évolutions des techniques, des métiers et des nouvelles formes de prise en charge, tout en favorisant des conditions de travail qui soient les plus épanouissantes possibles, chacun de ces objectifs pouvant permettre l'atteinte de l'autre. Elle doit également servir une politique d'évolution de carrière et participer à la mise en œuvre d'une politique sociale qui puisse permettre aux agents d'être en projet, de se remobiliser et faire une carrière sans jamais s'ennuyer.* »

- Valoriser le métier et les individus est souligné par le DS et le CSS du CH 2, qui voient également dans la FC « *un moyen de reconnaissance de l'implication des agents et de récompense pour les efforts fournis* ». Les cadres de proximité adhèrent à cette idée de formation-facteur de motivation au travail.

Selon le DRH du même établissement, elle est, à l'inverse, « *l'occasion de redonner un nouveau souffle à certains agents démotivés ou enclins à s'absenter. Plus les individus se sentent bien au travail et plus l'institution en a le retour. L'important est de croiser ces deux logiques parfois différentes, en remettant l'individu-acteur au cœur de la formation et en formulant son projet personnel comme un besoin* ».

- DS et responsables-formation la situent, en plus de ce qui a déjà été évoqué, comme un « *une opportunité d'ouvrir des portes intellectuelles et de s'adapter à la tâche, un moyen pour accompagner le changement et servir les projets dans leur ensemble : projet d'établissement, projet médical, projet de soins, projets de pôle, projets de service, projets personnels...* ». La FC nécessite, pour cela, « *d'aller à la rencontre de la personne, en tant qu'individu, au delà du simple professionnel* »
- Pour les professionnels de terrain, la FC se conçoit comme « *un apprentissage continu dans un contexte où tout bouge et où la remise en question est permanente* ». Elle vise à rendre opérationnel et compétent dans son domaine et, ainsi, « *pouvoir répondre aux missions qui ont été confiées, individuellement ou à l'équipe toute entière* ».
- Les CS la présentent encore comme un moyen de confronter ses savoirs et ses savoir-faire, notamment en matière de sécurité, de prévention et de gestion des risques, mais aussi comme l'opportunité de « *s'ouvrir à d'autres voies plus personnelles permettant de construire ou de réorienter une carrière professionnelle* » dont il est rappelé qu'elle sera, à coup sûr, très nettement allongée. Cet aspect plus personnel est pointé par les soignants (IDE, MK, AS, AP) qui, pour avoir suivi des formations de communication ou de développement personnel – comme celles relatives à la gestion des situations d'agressivité et de violence ou à l'épuisement professionnel - évoquent la possibilité de transférer ces apprentissages dans leur contexte de vie personnelle et/ou familiale.

Et un AS de dire : « *Tout ce qui peut m'enrichir personnellement est forcément bénéfique et rejaillit sur mon soin.* »

- Les échanges que les personnels peuvent avoir avec d'autres collègues rencontrés au cours des stages interservices ou inter-hôpital les conduisent souvent à comparer leurs pratiques, leurs modes opératoires et leurs résultats et, ce faisant, à se sentir valorisés au plan personnel et/ou collectif. La FC peut permettre, en ce sens, d'attirer et de fidéliser les personnels
- Pour les deux représentants syndicaux, la FC est un outil important d'adaptation au poste de travail. Et si son objectif premier est, selon eux, axé sur la professionnalisation des agents, « *souffler un peu et prendre de la distance d'avec son exercice quotidien* » apparaît comme un bénéfice secondaire tangible. « *Etoffer son curriculum-vitae professionnel et faire valoir ses acquis personnels* » en est un autre.

Dans les 3 établissements, l'accès à la formation est considéré comme « *libre, aisé et sans limite* » pour l'ensemble des catégories professionnelles, même si parfois l'on constate une « *participation plus marquée de certains personnels au niveau de formation déjà élevé et une faible demande des agents de catégorie C, qu'ils soient issus des services de soins, des services administratifs ou techniques* ». Il est également noté une difficulté de plus en plus grande pour libérer les agents, soignants tout particulièrement.

- Cet état de fait est pointé par le DS du CH2 et par l'ensemble des professionnels. Il est spontanément mis en relation avec la situation financière fortement contrainte de chacun de ces établissements et à l'absence de réelle politique de gestion de l'absentéisme en formation, études promotionnelles mises à part. « *Peu nombreux sont les pôles à avoir intégré ce critère dans le dimensionnement de leurs effectifs* », avancent les représentants syndicaux.
- Dans les services à effectifs normés, comme en réanimation ou aux urgences, se former est intégré aux pratiques et, selon le DRH du CH2, « *un ou plusieurs agents sont dégagés de leurs fonctions en permanence pour assurer la formation des personnels. Cette expérience mériterait d'être étendue aux services de psychiatrie ou de gériatrie, où l'on constate un manque de personnel récurrent et un turn-over important* ».
- Cet argument est repris par les représentants syndicaux qui soulignent « *la tendance de l'encadrement à freiner les départs en formation. D'une manière générale, la couverture de l'absentéisme diminue ; alors ce qui saute en premier, c'est toujours la formation !* ». Cette assertion est modulée par le cadre supérieur de pôle qui, s'il reconnaît la tendance antérieure de l'encadrement de proximité à « *brider un peu la FC en cas de pénurie de personnel* », témoigne de « *l'effort de mutualisation des effectifs sur le pôle pour maintenir la FC, coûte que coûte.* »

Mais quand bien même la participation à la formation est facilitée, les actions déployées à l'échelon institutionnel, souvent à caractère transversal, ne semblent pas vraiment répondre aux attentes personnelles et aux besoins individuels des agents.

- Ceux-ci sont traduits en demandes, majoritairement établies sur la base d'un « catalogue de formation » de l'année n-1 qui, aux dires des personnels interrogés, « *n'évolue guère* ». Pour un grand nombre d'entre-eux, y compris les cadres d'unité ou en mission transversale, la « *politique de formation manque de cohérence et de visibilité et le contenu des actions inscrites au plan est peu explicite* ». Les annulations de dernière minute, rapportées comme relativement fréquentes, entraînent déception et sentiment de frustration des agents qui s'y étaient inscrits et préparés.
- Les deux représentants syndicaux, siégeant en commission de formation sont plus nuancés dans leurs propos. Ils présentent la politique de formation comme « *bien structurée mais pas assez dynamique* » et, selon eux, « *le plan nécessite, sans doute, une remise à jour pour s'ajuster aux besoins des agents et accompagner, au mieux, les projets individuels et collectifs* ».

Cet accompagnement des personnes et des projets est assigné, en premier lieu, à l'encadrement de proximité, considéré, du fait de sa relation directe avec l'agent, *comme « le plus à même pour faire émerger le besoin, cibler les priorités en toute équité et orienter vers le type de formation le plus adapté »*.

- Son rôle est aussi, « *en première instance et en relais du responsable-formation, d'aider à la clarification du projet personnel et faciliter, par la suite, la prise de décision et le départ en formation* » (DS CH3). Pour les professionnels soignants interviewés (MK-IDE-AS), il inclut « *l'organisation du transfert de compétences et le retour sur expérience* ».
- Mais pour tout cela, il nécessite « *d'être lui-même bien informé et bien formé* », avance un représentant syndical du CH2, qui préconise plus « *d'intervention directe du responsable-formation ou de la commission de formation sur le terrain pour faciliter l'information des agents* ».

Le DRH du CH2 a fait le choix de confier la responsabilité du service FC à un cadre soignant, titulaire d'un Master 2 « Ingénierie de la formation et des organisations ». Il en est de même au CH1 où la fonction est occupée par un CSS, titulaire d'une maîtrise en Sciences de l'éducation et issu de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers attaché à l'établissement, où il a exercé pendant plusieurs années les fonctions de formateur.

- Dans ces deux établissements, ce choix s'explique par la volonté de mettre à ce poste « *un professionnel ayant développé une certaine expertise pédagogique, de réelles capacités de communication et une bonne connaissance du terrain, des organisations et des individus* ».

Le DS en parle comme d'un « *atout véritable pour la direction des soins, le moyen le plus influent pour accompagner les équipes dans la définition des besoins* ». Il déplore cependant le peu de temps formalisé pour échanger ensemble. Pour cette dernière, « *une rencontre régulière, une fois par mois ou tous les deux mois, ne serait pas inutile pour bien situer le rôle et la place de chacun* ».

- Au CH3, c'est un adjoint administratif qui assure la gestion du service FC. Pour le DS de cet établissement, sa fonction plus administrative lui permet de « *porter un regard différent, plus distancié et sans doute plus neutre que celui d'un soignant. De plus, la place qu'il occupait autrefois, au sein de la section régionale ANFH, lui a permis de conserver des contacts et de toujours disposer d'informations actualisées, appréciables dans ce contexte de réforme de la formation.* »

2.2.3 La FTLV : perception des enjeux, mise en œuvre et perspectives

La connaissance du nouveau dispositif de FTLV n'est pas partagée par tous et de la même manière. Et si les personnels de direction, des services-formation ou les représentants syndicaux ont bien intégré les modifications introduites par les nouveaux textes, le personnel soignant, dans son ensemble, n'en mesure pas encore la portée, tant le dispositif lui paraît « *complexe* » et les modalités de mise en œuvre « *floues* ».

- Nombreux sont les professionnels pour qui la FTLV « *reste encore du domaine de l'abstrait* ». Cadres et cadre supérieur interviewés avouent d'ailleurs « *ne pas se sentir en capacité de relayer les informations auprès de leurs équipes après seulement 1h30 de présentation en réunion* ». Pour un CS et un MK du CH2, il s'agit plus d'un « *effet d'annonce* ». La présentation des avantages du nouveau dispositif aurait mérité plus de développement et la question de l'imputation au DIF des formations diplômantes, un effort de clarification.
- Sans doute, est-ce ce manque de lisibilité qui conduit une très grande majorité des personnels interrogés à ne retenir essentiellement que le DIF et à amener 2 d'entre-eux à penser pouvoir, à présent, « *imposer leur droit individuel* » ou, à l'inverse, à « *obliger certains agents à se former* » ?

Pour autant, des « *avancées pour les agents* » sont perçues avec la mise en œuvre du DIF et des périodes de professionnalisation, « *à condition toutefois que les décrets d'application sortent et que des moyens financiers soient accordés pour cela* », se charge de préciser un représentant syndical.

- « *Avec la FTLV, le diplôme est laissé de côté ; l'accent est mis sur l'expérience développée en cours d'exercice professionnel et des passerelles sont désormais possibles* », avance un CSS du CH2.

- Pour un MK, « *les aspirations individuelles vont enfin pouvoir être prises en compte, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui* ». Pour elle, « *l'objectif n'est pas tant de former un grand nombre d'individus mais, peut-être, d'en former moins sur des formations plus ciblées*»
- Pour cet autre agent : « *Plus rien n'est linéaire. La FTLV est une richesse qui permet d'aller voir ailleurs, de se reposer des questions, de se remotiver et, pourquoi pas, se réorienter ou décrocher un diplôme* ».
- La question de l'équité est également soulevée par deux des professionnels interviewés qui attendent, au travers de l'attribution du quota personnel d'heures DIF, une « *gestion plus équilibrée des demandes de formation individuelles* »

Pour la direction, les enjeux vont porter sur la mise en œuvre de l'ensemble de ces mesures, avec notamment

- L'aide à la qualification, prévue pour les primo-entrants. Considérée comme le « *parcours de la deuxième chance* », elle est mise en avant par les représentants syndicaux qui voient, dans cette mesure, une réelle avancée sociale pour les personnels les moins qualifiés.
- La mise en œuvre du DIF : Au CH1, ont été retenues comme éligibles au DIF, les actions qui ne sont ni inscrites au plan de formation, ni au projet de pôle. Cela concerne essentiellement les actions de développement personnel qui seront toutes réalisées sur le temps de travail et ne sont pas incluses dans l'enveloppe polaire déléguée. Dans le cadre de la nouvelle gouvernance, la FC est l'un des domaines de la délégation de la GRH. Pour 2010, une seule enveloppe est attribuée pour chaque pôle⁴⁵ qui bâtit son plan au regard du « *plan de formation pluriannuel d'évolution des compétences 2010-2012* » et des actions spécifiques au pôle. La répartition se fonde sur les effectifs physiques de chaque pôle et sur la réalisation des années antérieures. Un tableau de recensement des besoins distingue les demandes de formation en lien avec les plans institutionnel et polaires des projets individuels. Une commission DIF a été instituée. Elle aura à charge d'étudier les demandes au regard des critères qui devront être établis avant la rentrée de septembre.

Si la réflexion n'est pas encore aussi aboutie dans les CH 2 et 3, les actions éligibles au DIF devraient théoriquement être organisées sur le temps de travail.

L'utilisation du DIF sur le temps personnel est perçue comme « *difficile à mettre en œuvre dans le contexte actuel de retour à l'équilibre financier* ».

⁴⁵ Les crédits accordés aux pôles représentent pas moins de 76% de l'enveloppe budgétaire totale, résultant de l'application du 2,1% réglementaire aux rémunérations de base, minorée de la part mutualisée ANFH.

De plus, la « mise en musique des différentes mesures, dont le DIF, va nécessiter un positionnement différent de l'encadrement et demander des compétences que les cadres n'ont pas eu l'habitude de mobiliser jusqu'alors. Une formation à l'accompagnement des agents leur sera utile, notamment pour conduire les entretiens individuels de formation ».

Dans ces deux établissements, mais aussi au CH1, l'entretien de formation a été couplé à l'entretien annuel d'évaluation professionnelle. Le recensement des besoins est réalisé par l'encadrement n+1 puis retranscrit sur un tableau récapitulatif avant d'être enfin transmis au service FC. Un « guide de compréhension à l'usage des cadres », a été intégré au compte rendu d'entretien informatisé du CH2. Il détaille les modalités de remplissage dudit document, rappelle les nouvelles typologies de formation dont il précise la possibilité d'éligibilité au DIF.

Au CH2, comme au CH3, la délégation de gestion aux pôles n'est pas encore finalisée. Pour l'année 2010, les pôles du CH2 se verront attribuer une partie des crédits qui leur ont été accordés, les partenaires sociaux siégeant en commission de formation s'étant montrés assez réticents pour leur confier l'intégralité de l'enveloppe polaire, malgré l'incitation du DRH à le faire. Celle-ci pourra, au regard de l'utilisation qui en aura été faite, être majorée, voire totalement déléguée. Pour éviter toute dérive, « un travail de clarification et de négociation » est nécessaire pour le DS de cet établissement qui, parallèlement, souhaite la finalisation rapide du passeport-formation en cours d'élaboration depuis bientôt 3 ans.

Pour l'ensemble des personnes interrogées, les perspectives d'évolution semblent plutôt « prometteuses ». Il est néanmoins attendu :

- La mise en place de parcours professionnels « fléchés » pour faire face à l'évolution des statuts, des emplois, des métiers et des qualifications (DS des CH 2 et 3, responsables-formation des CH1 et 2) et, conséquemment, une information sur les métiers et parcours de mobilité possibles pour évoluer au sein de l'établissement. (CS, MK-IDE-AS du CH2)
- L'aménagement de périodes de professionnalisation et le développement des bilans de compétence, « dont il va falloir s'emparer pour les personnes en difficulté ou en situation d'inaptitude au travail, de plus en plus nombreuses à l'hôpital, ou encore pour lancer des ponts dans les parcours ». (DS CH3, responsable-formation CH 1)
- Une certaine vigilance de l'encadrement pour « ne pas ouvrir encore plus grandes les portes aux personnes déjà les plus diplômées et faire du DIF une véritable usine à gaz ».
- Une mise à disposition de la documentation de formation au sein des pôles, de façon à pouvoir « sensibiliser davantage le personnel et l'aider à préparer son entretien de formation »
- Plus de transparence sur les modalités de prise de décision et les priorités retenues.

2.3 Analyse et interprétation des données

Bien qu'ayant été promue au rang d'« obligation nationale », il y a de cela plusieurs années, la FTLV peine encore à se mettre en place dans certains hôpitaux. Et si l'ambition initiale était de faire en sorte que les professionnels, qui constituent la principale ressource des établissements de santé, acquièrent les compétences dont les institutions ont et auront besoin, tout en réalisant leurs aspirations personnelles, force est de constater, au travers des données recueillies, les écarts et les incertitudes qui reflètent la réalité du contexte.

→ Garantir, maintenir et développer les compétences nécessite de déterminer une politique stratégique et prospective. *« Il s'agit d'introduire, tout au long de la carrière des personnels, des perspectives à moyen et à long termes dans le cadre, plus global, de la gestion individuelle et collective des compétences et des métiers. »*⁴⁶

L'analyse des données recueillies pointe, selon les établissements, quelques différences dans l'état d'avancement de la mise en place d'une GPMC. Celle-ci est pourtant reconnue par les trois directeurs comme une *« étape incontournable, située en amont du plan de formation »*. Les principaux outils de la GPMC, fiches- métiers, référentiels de compétences, flux d'entrées et de sorties des personnels... sont, soit finalisés, soit encore en cours d'élaboration. Ils sont, pour les établissements les plus avancés, comme le CH1 ou le CH2, déjà exploités pour bâtir les plans pluriannuels de formation. La formalisation d'une politique de mobilité et la construction des parcours professionnels devraient parachever le dispositif prochainement. On peut également noter que, même si les souhaits de dévolution professionnelle ne sont pas toujours pris en compte, leur recensement est, sinon annualisé (CH3), du moins organisé de manière plus épisodique ou récemment instauré (CH2).

La volonté affichée de la direction d'asseoir un véritable plan de développement des compétences, en faisant se croiser les compétences, les besoins en emplois et les aspirations individuelles, n'est pas, bien que reconnue par les professionnels, entièrement satisfaite.

La politique de formation, considérée comme dynamique et ambitieuse pour les dirigeants, est jugée plus défavorablement par le personnel du CH2 qui souhaiterait, à son endroit, plus de visibilité, de transparence, de cohérence et d'adéquation aux besoins personnels. Décliné en 3 objectifs opérationnels, *« l'accompagnement individuel des agents »* apparaît pourtant comme une des 5 orientations principales du projet social 2007-2010 de cet établissement, aux côtés de *« la consolidation de la politique de GPMC, de la déconcentration opérationnelle des RH auprès des pôles, de la promotion de la qualité du dialogue social et de l'amélioration des conditions de travail »*. La FC y tient une place privilégiée.

→ L'accès à la formation, considéré comme libre et aisé est, semble-t-il, limité par une absence de politique de gestion de l'absentéisme. L'encadrement de proximité est parfois mis

⁴⁶ DHOS-DICOM, avril 2008, *La formation dans la FPH : un dispositif accessible tout au long de la vie*, p.2.

en cause. « *Il est lui-même pris en tenaille entre des contraintes budgétaires et de production qui l'obligent souvent à optimiser l'utilisation qu'il fait des salariés, si bien que la gestion de l'activité tend à prendre le pas sur la gestion des compétences. Il est en effet toujours plus facile pour lui d'utiliser les compétences immédiatement disponibles que d'organiser leur développement, surtout dans des contextes de gestion tendue des effectifs et des budgets consacrés aux avancements et aux promotions.* ». ⁴⁷

Pourtant, la participation moyenne en formation mentionnée sur le bilan social 2008, s'élève à 5 jours par agent pour le CH1 et le CH3, à 3 jours pour les personnels du CH 2, toutes catégories professionnelles confondues. L'effort de formation porte essentiellement sur les actions de promotion professionnelle. Ainsi, pour un établissement comme le CH2 qui emploie plus de 1600 personnels paramédicaux, 39 d'entre-eux ont pu bénéficier d'une telle mesure en 2009. Ils étaient 64 à avoir bénéficié d'une préparation aux concours en 2008.

Et, comme nous le rappelle Muriel TREMEUR, « *la fluidité et l'attractivité des parcours professionnels résultent notamment des possibilités de promotion ouvertes aux personnels hospitaliers, des avancements, de la reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle, des actions de formation en faveur des agents les moins qualifiés...* »⁴⁸, autant de potentialités aujourd'hui offertes par le cadre normatif de la FTLV.

→ En dépit d'une information diffusée à plusieurs reprises, dans le journal interne d'établissement (CH1), par courrier individuel (CH3), ou en réunion collective (CH2), la connaissance du nouveau dispositif reste encore approximative pour les personnels et la mise en actes encore « timide » sur le terrain. Le DIF est retenu comme la mesure-phare de la réforme de la FC, écartant sur son passage les autres opportunités comme la nouvelle nomenclature des actions, les règles d'indemnisation et de prise en charge sur le temps ou hors temps de travail, ou le nouveau dispositif sur-mesure pour des publics prioritaires. Son interprétation prête parfois à confusion et sa mise en œuvre est variable d'un hôpital à l'autre. Néanmoins, dans chacun des établissements, la volonté de rendre l'agent acteur dans la construction de son propre parcours professionnel a abouti à une gestion du DIF, séparée du plan de formation institutionnel et/ou des projets polaires de formation, quand ils existaient.

→ La réforme de la formation continue favorise le partenariat et l'échange, entre la DRH, la DS et les partenaires sociaux. Les cadres de santé jouent dans ce nouveau contexte un rôle d'interface, de dialogue et d'écoute fondamental. Une formation à l'accompagnement des individus et des projets est cependant présentée comme nécessaire pour informer et orienter les agents à la recherche d'une formation ciblée, prescrire les actions adaptées au développement de leurs compétences professionnelles et de leur progression individuelle.

⁴⁷ MONCHATRE.S., octobre 2003, « *Management des compétences et construction des qualifications. Comment concilier performance des entreprises et carrières individuelles?* », BREF, CEREQ n°201, p.1.

⁴⁸ TREMEUR.M, mars 2009, « *Formation tout au long de la vie : les défis pour la DRH* », Santé RH, n°4, p.18.

2.4 En synthèse

Malgré la limite certaine de cette étude qui mériterait d'être étendue à un échantillon beaucoup plus large, les données recueillies que nous venons de présenter permettent d'apporter un début de réponse au questionnement initial.

Nous avons posé comme premier postulat que **la professionnalisation des personnels de l'hôpital s'appuyait sur une conception de la formation centrée sur l'individu**. Le témoignage des dirigeants, ajouté à celui des professionnels de terrain, confronté ensuite aux contenus des plans ou avant-projets de formation, des projets sociaux d'établissements, des projets de soins, permet de l'entrevoir aisément. Visant d'abord l'opérationnalité des personnels, le respect de la sécurité des soins dispensés et l'adaptation au poste de travail, la FC est vécue comme un apprentissage continu de compétences individuelles, destiné à accompagner les changements et servir les projets, institutionnels comme individuels. Elle permet de construire et réorienter sa carrière, et par son caractère motivant et valorisant, d'attirer et de fidéliser les personnels.

La mise en perspective des objectifs institutionnels et des attentes individuelles, en matière de FC, implique un relais de l'encadrement de proximité. Situé à l'interface du corps médical et de la direction, il est tantôt présenté comme un véritable « *pivot* », faisant de lui un partenaire irremplaçable pour « *évaluer le niveau de compétences en situation* », tantôt comme un « *coach* », capable « *d'informer, encourager et soutenir les professionnels dans leur progression individuelle et dans leur recherche de performance et d'efficience* ».

Mais, malgré une volonté d'action évidente de part et d'autre, **les contraintes budgétaires qui pèsent actuellement sur l'hôpital semblent davantage limiter les ambitions individuelles en matière de FC.** Les actions collectives sont privilégiées, au détriment des départs individuels en formation, et la mise en place du DIF ou autres périodes de professionnalisation, intégrés au nouveau dispositif de FTLV, tarde à se structurer de façon véritablement lisible. Cette réforme de la formation est pourtant porteuse d'espoir pour l'ensemble des personnes interviewées, DRH et DS inclus.

Son pilotage, partagé entre ces deux protagonistes, appelle, nous l'avons vu précédemment, **une anticipation des besoins qui passe en priorité par une démarche de GPMC.** Plus ou moins formalisée, elle accompagne le management stratégique des compétences afin de « *développer les compétences individuelles et collectives pour accroître le professionnalisme des RH et les mettre au service de la création de valeur. Cela exige une démarche pluri-acteurs, un partage de la fonction RH et une instrumentation de gestion élaborée.* »⁴⁹ Ce partage des responsabilités est ici clairement identifié et la stratégie déployée tend à faire **s'articuler au mieux besoins individuels et stratégie collective de professionnalisation.**

3 QUELQUES PROPOSITIONS D'ACTION

Au service de la gestion des ressources humaines dans un univers emprunt d'une très forte symbolique, la FTLV à l'hôpital ne saurait être réduite à une simple activité pédagogique ; elle doit être interprétée comme un processus stratégique, managérial, organisationnel et administratif au service d'une politique générale. Son efficacité repose donc sur la responsabilité et l'implication de l'ensemble des acteurs hospitaliers : dirigeants, cadres, partenaires sociaux, responsables-formation, formateurs et personnels eux-mêmes.

Orchestrée par le DRH et le DS, la FTLV, en tant que fonction stratégique et managériale, renvoie à des exigences de qualité de plus en plus pointues. Le rôle de la direction des soins dans ce domaine y est essentiel. Placé au confluent des logiques administrative, médicale et soignante, il est le relais idéal de la politique de développement individuel et collectif des compétences et des métiers menée ces dernières années. Ce rôle d'interface garant de la cohérence entre le stratégique et l'opérationnel, lui donne la possibilité de créer les conditions d'un environnement favorable à la pratique, pour pouvoir ensuite accompagner le processus de professionnalisation, des cadres soignants particulièrement.

3.1 Créer les conditions d'un environnement favorable à la pratique

L'implication du DS dans la fonction formation est fondatrice de l'investissement de l'ensemble de la communauté hospitalière dans le processus de formation. Cette implication va se traduire par l'intégration de la formation dans la politique globale des soins, par l'engagement d'une réflexion autour d'organisations apprenantes, qualifiantes, responsabilisantes et valorisantes. Elle sera complétée par une lisibilité plus grande de l'offre métier disponible dans l'établissement.

L'étude européenne PRESST NEXT⁵⁰ (Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail), sous la direction de Madeleine ESTRYN BEHAR, dresse un panorama des facteurs de satisfaction et de pénibilité au travail. A partir des attentes des soignants, elle indique l'essentiel pour agir auprès de chacune des catégories professionnelles et favoriser ainsi le maintien de leur capacité professionnelle. L'accès à la FC en fait partie. Outil indissociable du progrès hospitalier et partie intégrante du projet d'établissement, la formation doit « être soumise au même processus de concertation et d'évaluation. C'est, en effet, le seul plan de développement de l'hôpital qui associe potentiellement chaque agent dans une démarche participative individuelle »⁵¹.

⁴⁹ DIETRICH. A., avril 2008, *Le management des compétences*, Editions Vuibert, p.57

⁵⁰ ESTRYN-BEHAR. M., septembre 2008, *Santé et satisfaction des soignants au travail et en Europe*, Presses de l'EHESP, 383 p.

⁵¹ DESPLANCHES. M.N., juin 2003, *La formation continue à l'hôpital. Acteurs, méthodes et outils*, Editions Lamarre, p.3.

Une autre enquête du Conseil International des Infirmières, menée en 2007, met l'accent sur la sécurité et le bien-être personnel, sur la qualité des soins dispensés aux patients et sur le renforcement de la motivation, de la productivité et de la performance des individus et des organisations. Y sont évoqués les contextes professionnels propices à l'excellence du travail dans de bonnes conditions pour l'employé, parmi lesquels on retrouve « *l'existence d'opportunité pour le développement professionnel et d'avancement de carrière, un climat organisationnel reflétant des pratiques de gestion et de direction efficaces, la valorisation de l'identité et de l'autonomie professionnelle et des programmes de reconnaissance des qualifications* »⁵².

3.1.1 Engager une réflexion autour d'organisations apprenantes, qualifiantes, responsabilisantes et valorisantes

Développer le potentiel formateur de l'hôpital consiste à rendre les situations de travail susceptibles de produire des connaissances et des savoir-faire nouveaux. Ceci invite à réfléchir en termes d'organisation du travail, de fonctionnement des services et du management des RH, de sorte à ce que les services deviennent des organisations dynamiques, formatrices, qualifiantes et apprenantes, associant en permanence travail et formation.

Ces réflexions sur l'organisation du travail ainsi que sur les processus et les procédures, inspirées du modèle expérientiel de KOLB⁵³, permettent de mettre en œuvre des situations professionnalisantes facilitant l'apprentissage collectif et individuel au sein d'organisations

- formatrices : ici, la structure valorise les compétences individuelles en proposant des actions professionnalisantes intégrées aux pratiques de travail quotidiennes
- qualifiantes, avec le recours à des formations diplômantes afin d'élever le niveau de qualification des agents
- apprenantes, privilégiant les apprentissages collectifs en vue d'organiser une progression collective des compétences.

Ces différentes approches peuvent être rassemblées au travers d'activités visant à résoudre des problèmes en groupe, expérimenter des approches nouvelles, tirer la leçon des expériences passées, apprendre avec les autres (collègues, patients...), transférer rapidement et efficacement les connaissances d'une partie de l'organisation à l'autre.

⁵² JOVIC. L, GOLDZMIDT. D, février 2009, « *Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux. Un référentiel pour les managers* », Gestions hospitalières, p. 113

⁵³ Modèle d'apprentissage par l'expérience, organisé selon un cycle à 4 temps, chaque temps correspondant à un mode d'apprentissage spécifique : l'expérience concrète - l'observation réfléchie - la conceptualisation abstraite - l'expérimentation active. Ce processus circulaire ne se déroule pas nécessairement dans l'ordre pré-établi. Les performances des uns et des autres sont variables d'une phase à l'autre.

L'efficacité et la pertinence de cet apprentissage repose sur l'introduction systématique de ces cinq activités dans le fonctionnement quotidien de l'organisation, l'existence d'un climat motivant et favorable au développement des potentialités des agents et un mode de management responsabilisant, qui délègue largement et valorise l'initiative du terrain.

La mise en place d'un dispositif d'accueil et d'intégration des personnels nouvellement nommés, et le développement du tutorat (ou du compagnonnage) procèdent de cette intention. La formalisation et l'utilisation des résultats de l'analyse des projets, des retours d'expérience également. Tous se fondent sur une logique-compétences, elle-même construite sur les trois piliers majeurs suivants : une logique de rupture, un consensus sur la valeur productive de la compétence et une logique gagnant-gagnant, selon l'expression en usage.

L'organisation de « séminaires » ou groupes de pratiques réflexives participe du même objectif. Le DS doit avoir à cœur d'inscrire ce type d'actions au plan pluriannuel de formation à l'élaboration duquel il participera activement pour donner, d'une part, plus de corps aux orientations définies à l'échelon institutionnel et, d'autre part aux priorités définies en CSIRMT.

La nouvelle gouvernance et l'organisation en pôles d'activités amplifient le rôle d'« arbitre intégrateur »⁵⁴, et de « créateur de lien institutionnel » du DS. Son rôle est de comprendre les différentes logiques d'action, les comportements des différents acteurs et de veiller à leur articulation avec les règles de l'institution⁵⁵. En effet, la cohésion de l'organisation est menacée par l'imprévisibilité du comportement de ses membres.⁵⁶ Selon LAWRENCE ET LORSCH, l'hôpital est un lieu de forte différenciation où s'expriment des rationalités et des temporalités différentes, exposant alors au risque de cloisonnement.

Le DS doit aider à créer une organisation qui permette de faire coopérer les professionnels entre eux et valoriser leurs talents. L'enjeu est de donner aux agents les moyens de se motiver eux-mêmes et d'avoir le sentiment de bien faire leur travail. Une offre métier plus lisible et plus claire, ajoutée à la construction de parcours individuels de professionnalisation contribuent à valoriser, dans les pratiques quotidiennes les dimensions formatrices du travail.

3.1.2 Donner de la lisibilité à l'offre métier

Cela passe par la mise en place d'une cartographie des métiers. Elle doit offrir en un seul coup d'œil une représentation simple et organisée des activités d'un secteur. Cet outil indispensable à l'analyse et à la réflexion collective doit permettre l'identification et la gestion en priorité des métiers sensibles et des compétences critiques. Et peut-être pourra-t-il, à terme, déboucher sur les transferts de compétences et délégations de tâches, tels que préconisés dans le rapport BERLAND ?

⁵⁴ SCHWEYER. F.X. *Sociologie de l'hôpital et de l'action collective*. Intervention pédagogique du 12/02/2009.

⁵⁵ Ibid. Intervention pédagogique du 28/01/2009.

Quoiqu'il en soit, la détermination des activités constitutives d'un métier doit reposer sur une base fiable et reconnue par l'ensemble des acteurs de terrain. L'identification de l'ensemble des métiers, à partir de la nomenclature du répertoire des métiers, permet de repérer les passerelles possibles entre métiers proches. Elle permet encore de déterminer des parcours professionnels pour aller de l'un à l'autre, voire d'élaborer des parcours qualifiants.

Ainsi créée, cette cartographie constitue « *un formidable outil de communication interne en matière d'emploi. il apporte de la lisibilité sur les métiers porteurs ou en croissance, tout en favorisant les mobilités professionnelles horizontales (changement de métier ou reconversion) ou verticales (promotion)* ». ⁵⁷ Les fiches-métiers constituent, en outre, pour chaque professionnel, une aide précieuse pour s'auto-évaluer, élaborer un projet de formation, servir d'assise à un bilan de compétences, voire à un projet professionnel.

Le DS doit savoir s'en saisir pour inscrire l'ensemble des équipes soignantes dans une dynamique collective de professionnalisation. Son positionnement, son expertise dans l'initiation et le pilotage de projets transversaux doivent également être mis à profit pour développer, au sein de l'institution mais aussi au sein des pôles, une véritable culture de gestion prospective. La formalisation de délégations de gestion d'un fonds-formation par pôle et la mise en place de groupes de travail transversaux, spécialement dédiés à la GPMC ou à l'intégration de la formation dans le PSIRMT, sont, en ce sens, gages de réussite du changement réalisé pour eux, par et avec eux.

3.2 Accompagner le processus de professionnalisation

La professionnalisation des soignants symbolise « *ce difficile parcours volontaire et singulier, interactif, sans cesse inachevé qui tend vers l'excellence de l'exercice d'une profession centrée sur le soin et la santé.* » ⁵⁸ Elle suppose, nous l'avons vu plus haut, une maîtrise plus large dans le métier exercé, une polycompétence et une mobilité professionnelle de progression. Pour le DS, accompagner la professionnalisation, c'est co-construire l'environnement propice à cette transformation, et pour cela, créer des outils pour évaluer le professionnalisme et sécuriser les trajectoires professionnelles.

3.2.1 Créer des outils pour évaluer le professionnalisme

L'évaluation du professionnalisme renvoie aux référentiels de compétences, supports privilégiés de toute gestion des compétences et instruments de leur visibilité et de leur mise en acte. Ils permettent de décrire le travail en définissant ses exigences, d'évaluer le rapport entre le requis et l'acquis afin de construire un parcours de progression au sein d'une activité

⁵⁶ FRIEDBERG.E., 1988, *L'analyse sociologique des organisations*. Revue POUR, n°28, p. 26.

⁵⁷ BARTHES. R., juillet –août 2006, "De la gestion administrative à la gestion des ressources humaines. Une révolution en marche.", Revue hospitalière de France, n°511, p16.

⁵⁸ NEULAT. P., janvier 2006, "Accompagner le processus de professionnalisation", Objectif soins, n°142- p.18

et d'inscrire le salarié dans une véritable dynamique de professionnalisation. Ils sont à distinguer des référentiels d'emplois, détaillant ce qu'un agent doit faire dans le cadre du poste ou de l'emploi qu'il occupe (missions, activités, tâches).

Formalisés sous forme de fiches plus ou moins exhaustives, les référentiels de compétences précisent ce que doit savoir maîtriser un professionnel pour tenir un poste ou un emploi donné. Ils permettent d'obtenir, via le management, les comportements attendus en termes de savoirs et d'habiletés professionnelles, de capacités cognitives (raisonnement, résolution de problèmes, initiatives), de ressources de l'environnement à maîtriser et d'attitudes au travail (esprit d'équipe, de service, respect des valeurs, etc.).

Il est essentiel de pouvoir définir des priorités dans les compétences requises par une situation de travail, afin d'obtenir un référentiel de compétences opérationnel. Dans ce domaine, l'exhaustivité est délicate à réaliser et généralement peu opératoire.

Souvent présentés sous une forme graphique (rosace, tableaux à double entrée...), les référentiels de compétence permettent d'inventorier les compétences en les hiérarchisant par niveaux afin de favoriser l'évaluation des salariés et de les positionner dans un parcours de progrès ou de développement professionnel.

La mise en œuvre de cette démarche-compétences va cependant générer un certain nombre d'évolutions dans les pratiques et soulever certaines questions auxquelles le DS, en charge de son pilotage, devra trouver des réponses : quelles vont être les modalités pratiques d'évaluation des compétences individuelles ? Quelle prise en compte dans la gestion des carrières ? Les compétences sont-elles transférables d'un emploi à un autre, d'un service à un autre et donc facteur de sécurisation de l'individu dans un projet professionnel ? Il devra veiller à ce qui fait sens pour les professionnels, en prenant conscience du poids des construits existants sur les possibilités de développement des compétences, en respectant l'attachement des salariés aux identités collectives ou de métiers et en sécurisant au mieux les trajectoires professionnelles.

3.2.2 Sécuriser les trajectoires professionnelles

Bien qu'essentiel, le référentiel de compétences, seul, ne suffit pas ; l'outil n'est efficace et pérenne que s'il s'inscrit dans un dispositif plus global de gestion des ressources humaines, intégrant un dispositif de sécurisation des parcours professionnels, lui-même fondé sur une politique de mobilité et de gestion des transitions professionnelles. « *La mobilité interne, fonctionnelle, favorise la polyvalence, l'adaptabilité, décuple l'intelligence des situations et la connaissance de l'organisation.* ».⁵⁹

⁵⁹ DIETRICH. A., avril 2008, *Le management des compétences*, Editions Vuibert, 122 p.

Pour le DS, gérer la mobilité consiste à définir des parcours professionnels au sein d'un métier ou d'une filière professionnelle, à décrire des passerelles possibles d'un métier à un autre, à délimiter des aires de mobilité à partir d'un emploi, pour aider les agents à faire face aux situations de rupture ou aux deuxièmes carrières pour les plus âgés. C'est aussi tout simplement les encourager à la mobilité fonctionnelle pour un enrichissement personnel et au bénéfice de l'amélioration de la qualité des prestations. Une manière donc de prévenir la déqualification et favoriser ce que d'aucuns nomment encore la « flexicurité », modèle inspiré des pratiques d'Europe du Nord qui vise à combiner les exigences de la flexibilité du marché du travail et la sécurité des personnes dans un contexte de restructurations permanentes.

Gérer la mobilité suppose de suivre individuellement les professionnels pour qu'ils puissent se positionner sur un poste, entrevoir une évolution de carrière ou envisager un reclassement professionnel. Formations d'adaptation, bilans de compétences, DIF, VAE, périodes de professionnalisation, font partie de l'arsenal-formation à mobiliser pour ouvrir des perspectives d'évolution aux agents expérimentés mais peu familiers des concours.

La VAE doit figurer dans la politique de formation comme un outil de promotion professionnelle, au même titre que les études promotionnelles. C'est, par ailleurs, un moyen de rationalisation économique des coûts de formation, du fait de la réduction des parcours de formation. Le DS devra s'y employer, pour faire en sorte que ce dispositif, fondé sur un droit individuel, puisse, par le biais d'un plan de formation modernisé et pluriannualisé, prendre sa pleine dimension d'opportunité stratégique et constituer un véritable atout collectif.

Il pourra, pour cela, s'appuyer sur l'encadrement soignant, acteur essentiel dans l'analyse et la priorisation des besoins de formation, le développement de situations formatives au quotidien, la valorisation de la formation sur le terrain ainsi que dans l'intégration des acquis de la formation.

3.3 Professionnaliser le management des cadres soignants

Valoriser le potentiel humain par la formation demande au DS d'impliquer et de mobiliser ses cadres supérieurs et de proximité, en les amenant à se situer dans une logique de progrès et à organiser leur action en amont mais aussi en aval du processus de formation.

3.3.1 Analyser et prioriser les besoins de formation

Il appartient à l'encadrement d'identifier les compétences à acquérir, maintenir ou étoffer au regard des projets individuels ou de service. Son écoute de l'équipe, sa perception des écarts entre ce qui est attendu et les savoirs en action, son observation des situations de travail, lui permettent de déterminer les compétences à développer qu'il aura, par la suite, à retraduire en besoins de formation. L'hétérogénéité des pratiques, la multiplicité des changements dans les situations de travail, la diversité des actions de formation proposées dans le cadre de la FTLV, rendent aujourd'hui un peu plus complexe sa tâche et justifient son accompagnement.

3.3.2 Valoriser la formation sur le terrain

Rendre le travail formateur consiste à intégrer la formation dans le management du service au quotidien. Il revient au DS de faire des dysfonctionnements, des incidents, des projets, des opportunités d'apprentissage individuel et collectif. Pour cela, il importe de passer des pratiques classiques de formation à des démarches dites de formation-action, ou de travail en mode-projet. Ces démarches permettent de traiter des situations concrètes de travail en équipe pluri-professionnelle, avec une visée centrée tant sur l'action que sur l'éducation.

Cette dimension pédagogique du travail peut également être accentuée par :

- La responsabilisation et la valorisation des initiatives individuelles, sources d'enrichissement et de motivation ;
- La formalisation des procédures ou protocoles, supports au transfert des connaissances et des savoir-faire, garants de la pérennité, de la qualité et de la sécurité des pratiques professionnelles ;
- La multiplication des possibilités d'apprentissage au plus près de la réalité des situations professionnelles, c'est-à-dire sur le poste de travail ;
- La construction de parcours individuels de professionnalisation, selon une méthodologie adaptée⁶⁰.

Le rôle des CS y est ici prépondérant, tout comme dans la conduite des entretiens de formation qu'il lui est demandé maintenant d'assurer, de préférence à distance de l'entretien annuel d'évaluation. Cet entretien de formation est le moment privilégié pour recueillir des besoins et attentes de formation pertinents, identifier le projet professionnel de l'agent et envisager avec lui les conditions de sa réalisation dans son parcours professionnel. Il est également, pour le CS, l'occasion de valoriser la formation sur le terrain, en tenant un discours positif à l'égard de la formation, en sachant formuler des objectifs mobilisateurs et en mettant au point une organisation qui puisse permettre la transmission et le réinvestissement des connaissances et des savoir-faire nouveaux dans la pratique professionnelle du service.

« Investir, c'est agir sur les facteurs de production qu'ils soient matériels ou immatériels ; les organisations à mission de service public, elles aussi dans un secteur concurrentiel, ont tout intérêt à cibler le type d'investissement des différentes actions qui composent leur plan de formation »⁶¹. Investir dans l'accompagnement des cadres, permet au DS, in fine, de devenir un véritable gestionnaire de ressources, dans l'intérêt réciproque, de l'institution, des responsables et des personnels, le tout au bénéfice du patient.

⁶⁰ Figurant en Annexe 3, page 49

⁶¹ DREVET. G., 2004, *La gestion des compétences comme levier stratégique de performance économique et sociale : un enjeu pour le directeur des soins*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

Conclusion

"Il n'est de richesse que d'hommes" : cette expression formulée par Jean BODIN, philosophe et théoricien du 16^{ème} siècle, a refait son apparition depuis les années 1980 dans le monde des entreprises pour dire combien les compétences et l'implication des salariés constituaient, au-delà des techniques et des enjeux financiers, la véritable clé de la réussite.

Le paysage de la formation professionnelle continue, brossé à grands traits en 2004 par la loi de réforme relative à la formation tout au long de la vie, redessiné plus finement pour la fonction publique hospitalière en août 2008 puis tout récemment fin juin 2009, s'en inspire largement. Il introduit une refonte de la gestion de la formation continue basée sur la proximité, l'individualisation et le co-investissement pour venir en soutien des personnels, aujourd'hui confrontés à de nouveaux enjeux de flexibilité et d'employabilité.

« La mise en œuvre de la formation tout au long de la vie devrait à terme relever quatre défis : politique en s'inscrivant dans une stratégie de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ; administratif en s'adaptant à de nouveaux processus de gestion de la formation ; financier en optimisant différentes sources de financement, pédagogique en articulant ingénierie de la formation, de professionnalisation, dans le cadre d'une gestion à la fois globale et individualisée des emplois »⁶².

Une telle affirmation tend à laisser penser que la FTLV soit tout naturellement reconnue comme une pratique de GRH particulièrement stratégique et dont la place ne saurait être remise en question. Si l'enquête que nous avons pu exposer ici démontre sa réelle plus-value, elle laisse toutefois entrevoir des marges de progrès significatives, tout comme le montre cette autre enquête téléphonique, diligentée récemment par l'ANFH, auprès de 300 responsables et chargés de formation.⁶³ 25% personnes interrogées jugent la réforme *« inadaptée aux petites structures »* et pointent *« l'incompatibilité avec les habitudes instaurées au sein de l'établissement ou l'impossibilité de remplacer le personnel en formation »*. 72% d'entre-elles estiment néanmoins que le *« décret implique une évolution importante dans la gestion de la formation professionnelle au sein des établissements publics de santé »*.

La contribution du directeur des soins au processus de transformation du service public est indéniable. Sa motivation à s'inscrire dans une logique managériale de gestion de la formation et des compétences constitue une promesse de *« développement professionnel continu »*⁶⁴. L'enjeu sera d'en faire un accompagnement réussi qui soit *« la résultante d'une alchimie harmonieuse associant l'incitation institutionnelle et l'initiative personnelle [...] »*⁶⁵

⁶² JULIEN. F., VINCENT. D., juillet-août 2006, "Bilans de compétences, VAE. Des dispositifs renforcés par la réforme de la formation tout au long de la vie", Revue hospitalière de France, n°511, p.22.

⁶³ HOSPIMEDIA. Brève du 23 avril 2009. <http://www.hospimedia.fr/page.php>.

⁶⁴ Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Art. L. 4382-1

⁶⁵ COSTE A., BRAUER E., LAMBIN G., « Formation », Objectif soins, mars 2000, n°84, p 24.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, Décret n°90-319 du 5 avril 1990 relatif à la formation professionnelle continue des agents de la FPH [en ligne]. Journal Officiel du 10 avril 1990. [visité le 26/04/2009], disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006075692&dateTexte=20090822>

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE., circulaire N°DHOS/P1/2007/369 du 9 Octobre 2007 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) 2007 (texte non paru au Journal Officiel).

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Décret n°2008-824 du 21/08/2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la FPH, 2003, Journal Officiel du 23 août 2008. p.13285.

PREMIER MINISTRE, circulaire du 23 février 1989 relative au renouveau du service public, NOR PRMX89 10096C, 6 p.

REPUBLIQUE FRANÇAISE, 1971, Loi n°71-575 du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente, complétée par le décret 75-489 du 16 juin 1975.

REPUBLIQUE FRANÇAISE, 2002 - Loi 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal Officiel n°54 du 5 mars 2002, p 4118.

REPUBLIQUE FRANÇAISE, 2007, Loi n°2007-148 du 2 février 2007, relative à la modernisation de la fonction publique. Journal Officiel du 6 février 2007.

REPUBLIQUE FRANÇAISE, 2009, LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel n°167 du 22 juillet 2009.

RAPPORTS ET ETUDES PUBLIQUES

COUR DES COMPTES. Rapport public annuel. Février 2009. 768 p., [visité le 21 avril 2009] disponible sur internet : <http://www.ccomptes.fr/fr/CC/Sommaire-21.html>

DREES, Etudes et résultats n°406, juillet 2005. 12 p .

HAUTE AUTORITE DE SANTE. Direction de l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins, novembre 2008, Manuel de certification des établissements de santé V2010, 99 p, disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-12/20081217_manuel_v2010_nouvelle_maquette.pdf.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, "Délégations, transferts, nouveaux métiers. Comment favoriser de nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé...." Recommandation HAS en collaboration avec l'ONDPS, avril 2008, 61 p.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, "Etude prospective sur les métiers de la FPH. Tome 2 : Monographies de 10 métiers et groupes métiers sensibles." 2007. Presses EHESP. 328 p.

MINISTERE DE L'EMPLOI, DE LA COHESION SOCIALE ET DU LOGEMENT, MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, RAPPORT DGAS. Mai 2007, "La validation des acquis de l'expérience en vue de l'obtention des diplômes délivrés par les ministères chargés des affaires sociales et de la santé : réalisations 2006 et prévisions 2007". 52 p, disponible sur internet:

http://vae.cariflr.fr/images-contenu/Rapport_VAE_sanitaire_sociale_2006_2007.pdf

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE, DHOS-DICOM, avril 2008, "La formation dans la FPH : un dispositif accessible tout au long de la vie", 2 p.

OUVRAGES DE REFERENCE

ABBAD.J., 2001, *Organisation et management hospitalier*, Ed. Berger-Levrault, Paris, 417 p.

AUBRET.J, GILBERT.P, PIGEYRE.F, 1993, *Savoir et pouvoir : les compétences en question*, Paris, PUF, 224 p.

BESANCON.J, MAUBANT.P, OUZILOU.C, 1994, *L'individualisation de la formation en questions*, La documentation française, 203 p.

CADIN.L., GUERIN.F., PIGEYRE.F., 2007, *Gestion des Ressources Humaines*, 3^{ème} édition, DUNOD, Baume les dames, 622 p.

CREMADEZ. M., GRATEAU.F, 1997, *Le management stratégique hospitalier*, Paris, Edition MASSON, 445 p.

DERENNE.O., LUCAS.A., octobre 2005, *Le développement des ressources humaines*. Editions ENSP. 445 p.

DESPLANCHES. M.N., juin 2003, *La formation continue à l'hôpital. Acteurs, méthodes et outils*, Editions Lamarre, 95 p.

DIETRICH. A., avril 2008, *Le management des compétences*, Editions Vuibert, 122 p.

DUBAR.C, 1996, *La formation professionnelle continue*, Paris, Editions La Découverte. 125 p.

DUPUICH-RABASSE. F., Mai 2008, *Management et gestion des compétences*, Le Mesnil sur l'Estrée, LHAMATTAN, 251 p.

ESTRYN-BEHAR. M., septembre 2008, *Santé et satisfaction des soignants au travail et en Europe*, Presses de l'EHESP, 383 p.

Institut d'Etudes des politiques de santé (I.E.P.S), 2006, *Le management des ressources humaines dans les établissements de soins: Quelles pistes d'amélioration pour le service public ?* Paris, Flammarion, 65 p.

LE BOTERF. G., 2007, *Construire les compétences individuelles et collectives*, Paris, Ed. Eyrolles, 271 p.

LE BOTERF.G., 2002, *Développer la compétence des professionnels. Construire des parcours de professionnalisation*, Editions d'Organisation, Paris, 312 p

MEIGNANT.A., 2003, *Manager la formation*, Rueil Malmaison, Editions Liaisons, 425 p.

VAN BEIRENDONCK.L., 2006, *Tous compétents. Le management des compétences dans l'entreprise*, Bruxelles, Editions DE BOECK, 165 p.

ZARIFIAN.P., 1999, *Objectif compétence: pour une nouvelle logique*, Paris, Editions Liaisons, 232 p

REVUES

AIME.M., février 2009, "*De la formation continue à la formation tout au long de la vie.*", les cahiers hospitaliers, n°253, pp 7-9.

AUDOIRE. M., mars-avril 2008, "*Formation professionnelle tout au long de la vie : quelles répercussions ?*", Revue hospitalière de France. N°521, pp.63-65 .

AVVANZINO.N, TERRANEO.F, décembre 2006, "*Le concept de compétences en regard de l'évolution du travail : définitions et perspectives*", Recherche en soins infirmiers, n° 87, pp 16-23.

AYMAR. G, RENETEAUD. J, La lettre du CEDIP, janvier 2000, "*Construire un parcours individuel de professionnalisation*", n°12, pp 1-4.

BARTHES. R., juillet –août 2006, "*De la gestion administrative à la gestion des ressources humaines. Une révolution en marche.*", Revue hospitalière de France, n°511, pp 14-17.

BARTHES. R., juillet –août 2007, "*La formation dans le monde qui vient*", Revue hospitalière de France, n°517, pp 18-21.

CASPAR.P., GAUTER. J., GUILLOUX. P., 2006, "*Formation professionnelle : la réforme en chantier*". POUR, Paris, pp.47-166.

COSTE. A., BRAUER E., LAMBIN G., « *Formation* », Objectif soins, mars 2000, n°84, p 24.

DARDEL. A., février 2009, "*Le développement de la formation professionnelle : les actions du ministère.*", les cahiers hospitaliers, n°253, pp 12-13.

FRIEBERG. E., 1988, "*L'analyse sociologique des organisations*", Revue POUR, n°28, 125 p.

JOBERT. G. mai 2004, "*La professionnalisation : entre compétence et reconnaissance sociale*". Soins Cadres, n°50.

JOVIC. L, GOLDZMIDT. D, février 2009, "*Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux. Un référentiel pour les managers*", Gestions hospitalières, pp 111-114.

JULIEN. F., VINCENT. D., juillet-aout 2006, "*Bilans de compétences, VAE. Des dispositifs renforcés par la réforme de la formation tout au long de la vie*", Revue hospitalière de France, n°511, pp 18-22.

LAVOLLE-MAUNY. M.H., juillet –août 2007, "*Fonction publique hospitalière. La formation tout au long de la vie*", Revue hospitalière de France, n°517, pp 14-17.

LE BOTERF.G., décembre 2005, "*Gestion des compétences. Définitions, nécessité faisabilité*", Gestions hospitalières, pp 772-776.

MIRAMON. J.M., BERTAUX. R., BESSON. C., LOUBAT. J-R., juillet-octobre 2004, "*Les compétences dans le secteur social et médico-social. Evolutions et injonctions*". Les cahiers de l'ACTIF. N°338-339-340-341, pp 7-284

MONCHATRE.S., octobre 2003, "*Management des compétences et construction des qualifications. Comment concilier performance des entreprises et carrières individuelles ?* ", Revue BREF, CEREP n°201, pp.1-4

NEULAT. P., janvier 2006, "*Accompagner le processus de professionnalisation*". Objectif soins. N°142- pp.18-21.

ROMAN-RAMOS.P., décembre 2008, "*Formation professionnelle continue des infirmiers hospitaliers. Eléments d'analyse des besoins*", Gestions hospitalières, pp 731-738.

TREMEUR M., mars 2009, "Formation Tout au Long de la Vie : les défis pour la DRH." Santé RH, pp 16-19.

WITORSKI. R., 1998, De la fabrication des compétences, Education permanente, 135 p.

MEMOIRES

CARRE.P, 2006, *Gestion de la formation continue : le positionnement du directeur des soins.* , Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique. 57 p.

DREVET. G., 2004, *La gestion des compétences comme levier stratégique de performance économique et sociale : un enjeu pour le directeur des soins*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique. 62 p.

Liste des annexes

- Annexe 1** Guide d'entretien DRH-DS-Responsable Formation Continue
- Annexe 2** Guide d'entretien personnel soignant –représentants syndicaux
- Annexe 3** Construire un parcours individuel de professionnalisation

Annexe 1 : GUIDE D'ENTRETIEN DRH-DS- RESPONSABLE FC

PRESENTATION DE LA DEMARCHE :

Inscrit dans le cadre d'un mémoire professionnel de directeur des soins, ce travail de recherche porte sur la mise en place de la FTLV à l'hôpital.

Il s'agit là d'appréhender l'articulation possible entre les besoins individuels des agents en matière de formation et la stratégie collective de professionnalisation, déployée à l'échelon institutionnel.

A partir des différents points de vue évoqués, cet entretien vise à situer la place des différents acteurs et identifier leur rôle dans la conception, la mise en place et le pilotage du nouveau dispositif de FTLV.

1. PRESENTATION DE L'ENQUETE

"Pourriez-vous, pour commencer, vous présenter ?"

Il s'agit ici de recueillir des éléments permettant de situer assez rapidement l'enquêté, son cursus de formation, son expérience professionnelle et son ancienneté dans l'établissement.

2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

"Quelle description pouvez-vous faire de votre établissement, de ses modes de gestion et des personnels qui y travaillent ?"

Ici, seront abordées

- *les caractéristiques générales de l'établissement, son organisation, sa structure, les projets en cours, le profil des agents et les contraintes que l'établissement peut connaître en matière financière et dans le domaine du recrutement, de l'attraction et de la fidélisation du personnel.*
- *L'existence de délégations de gestion*

3. LE MANAGEMENT DES COMPETENCES

"Quelle politique de gestion, de mobilisation et de développement des compétences avez-vous adoptée dans votre établissement ?"

Cet item vise à repérer :

- *La mise en œuvre d'une démarche de Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC)*
 - ✓ *Les modalités d'identification des besoins en matière de RH*
 - ✓ *Les outils de pilotage : cartographie des métiers, référentiels de compétences, profils de postes, profils de recrutement, construction de parcours-formation, charte de mobilité...*
- *Les pratiques d'optimisation des conditions de travail ± l'existence d'une politique de gestion de l'absentéisme ↔ poids des contraintes budgétaires*
- *Les pratiques managériales de l'encadrement supérieur et de proximité*
- *Les attentes DRH-Responsable FC /DS*

4. LA FORMATION CONTINUE (FC) A L'HOPITAL

"Pouvez-vous me parler de la FC ?

Nous aborderons là :

- *La conception personnelle de la FC et les carences du système actuel.*
- *La politique institutionnelle*
 - ✓ *Formalisation d'une politique de formation continue ? Ses grands axes ? Existence d'une Commission de FC ?*
 - ✓ *L'accessibilité à la formation. Méthodes de sensibilisation du personnel à la FC.*
 - ✓ *L'anticipation des besoins individuels des agents en matière de FC / articulation avec une démarche de GPMC (construction de parcours de formation, cartographie des emplois...)*
 - ✓ *L'accompagnement des projets individuels et collectifs*
 - ✓ *Des exemples de prise en compte des attentes, souhaits et besoins individuels et collectifs. Les Outils.*
 - ✓ *L'articulation plan de formation continue/PSIRMT /projets de pôle*
 - ✓ *Politique de remplacement des agents en FC. Articulation FC / GRH*
- *Les modalités d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation du plan de FC.*
 - ✓ *Organisation des actions de FC.*
 - ✓ *Le réinvestissement des formations suivies*
 - ✓ *Le rôle de l'encadrement de proximité*

5. LE NOUVEAU DISPOSITIF DE FTLV. ENJEUX ET PERSPECTIVES.

"Le décret du 21 août 2008 prévoit de nouvelles dispositions et de nouveaux outils en matière de formation tout au long de la vie. Qu'en pensez-vous ? Comment envisageriez-vous leur mise en place ?"

Il s'agira ici d'évaluer

- *Les enjeux et limites perçus,*
- *Les contraintes actuelles ou freins potentiels*
- *La méthodologie d'intégration de la nouvelle typologie au plan de FC*
 - ✓ *Modalités de mise en œuvre du DIF ? des parcours de professionnalisation ? de la VAE ? du Bilan de compétences ?*
 - ✓ *Les perspectives institutionnelles et attentes personnelles pour l'avenir*

6. BILAN ET PERSPECTIVES

"Quel bilan dresseriez-vous de la formation continue aujourd'hui réalisée dans cet établissement ? Quelles propositions suggéreriez-vous pour en améliorer son efficacité ? "

Ajouts éventuels sur un ou plusieurs points abordés au cours de l'entretien.

Annexe 2 : GUIDE D'ENTRETIEN PROFESSIONNELS SOIGNANTS – REPRESENTANTS DU PERSONNEL

PRESENTATION DE LA DEMARCHE :

Inscrit dans le cadre d'un mémoire professionnel de directeur des soins, ce travail de recherche porte sur la **mise en place de la FTLV à l'hôpital**.

Il s'agit là d'appréhender l'articulation possible entre les besoins individuels des agents en matière de formation et la stratégie collective de professionnalisation, déployée à l'échelon institutionnel.

A partir des différents points de vue évoqués, cet entretien vise à mesurer le niveau de satisfaction des agents vis-à-vis du dispositif actuel de FC et à identifier leurs représentations du nouveau dispositif de FTLV.

1. PRESENTATION DE L'ENQUETE

"Pourriez-vous, pour commencer, vous présenter ?"

Il s'agit ici de recueillir des éléments permettant de situer assez rapidement l'enquêté, son cursus de formation (formation initiale et continue), son expérience professionnelle et son ancienneté dans l'établissement.

2. LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

"Comment concevez-vous l'exercice de votre métier ? De quels moyens disposez-vous dans l'établissement pour maintenir, améliorer et développer votre savoir-faire et vos connaissances?"

Ici, seront abordés la conception du métier, les moyens mis à disposition par l'établissement pour garantir, maintenir ou parfaire les compétences des agents :

- *Possibilité de formation continue*
- *Formations diplômantes (DU, Master...)*
- *Mobilité interne et externe, échanges interservices...*

3. LA GESTION DES COMPETENCES

"Quelles sont les perspectives d'évolution professionnelle qui sont proposées dans cet établissement ? Par quel(s) moyen(s) en avez-vous été informé(e) ?"

Cet item permet d'explorer la connaissance

- *de sa propre fiche de poste*
- *des autres métiers de l'hôpital, de l'offre d'emploi disponible et des parcours de professionnalisation*

4. LA FORMATION CONTINUE (FC) A L'HOPITAL

"Pouvez-vous me parler de la FC à l'hôpital ?"

Nous aborderons là :

- *La conception personnelle de la FC et les carences du système actuel.*
- *La politique institutionnelle*
 - ✓ *Connaissance d'une politique de formation continue. Ses grands axes ?*
 - ✓ *L'accessibilité à la formation. Méthodes de sensibilisation du personnel à la FC.*
 - ✓ *L'accompagnement des projets individuels*
 - ✓ *Politique de remplacement en cas d'absence pour FC.*
- *La participation à des actions inscrites au plan de FC.*
 - ✓ *Connaissance du plan de formation. Atouts et points faibles.*
 - ✓ *Procédure de demande et difficultés rencontrées*
 - ✓ *Prise en compte des attentes, souhaits et besoins individuels et collectifs. Les Outils existants.*
 - ✓ *Modalités de prise en charge*
 - ✓ *Les possibilités de réinvestissement des formations suivies*
 - ✓ *La représentation du rôle de l'encadrement de proximité*

5. LE NOUVEAU DISPOSITIF DE FTLV

"La formation tout au long de la vie: pouvez-vous me dire ce que cela évoque pour vous? Dans quel contexte en avez-vous entendu parler ? Par qui ? Qu'en attendez – vous ?

Il s'agira ici de recueillir des informations permettant de mesurer le niveau de communication de la démarche au sein de l'institution et de cerner les attentes individuelles en matière de FTLV.

6. BILAN ET PERSPECTIVES

"Quel bilan dresseriez-vous de la formation continue aujourd'hui réalisée dans cet établissement ? Quelles propositions suggéreriez-vous pour en améliorer son efficacité ?"



Ajouts éventuels sur un ou plusieurs points abordés au cours de l'entretien.



Annexe 3 : CONSTRUIRE UN PARCOURS INDIVIDUEL DE PROFESSIONNALISATION

Afin de négocier et construire avec son subordonné un parcours individuel de professionnalisation, un supérieur peut s'inspirer des points suivants :

- *Identifier les compétences requises par le poste occupé (ou par un projet spécifique).*
- *Réaliser un entretien professionnel avec l'agent afin d'identifier l'écart existant entre les compétences requises et les compétences acquises.*
- *Retenir les situations professionnalisantes les plus pertinentes (elles doivent faciliter l'acquisition de compétences nécessaires ultérieurement à l'agent).*
- *Organiser le dispositif d'accompagnement de l'agent dans sa progression (tuteur, compagnon).*
- *Définir les modalités permettant :*
 - *d'assurer une réflexion sur l'action (ce qui est acquis, ce qui doit être affiné, ce qui reste à acquérir) ;*
 - *de réguler les pratiques professionnelles en conséquence (mise en oeuvre de nouvelles pratiques en vue de les améliorer).*
- *Planifier avec l'agent concerné la progression dans le temps (les différentes étapes, les échéances, ...).*
- *Contractualiser le dispositif de professionnalisation (engagements réciproques, actions retenues, moyens mis à disposition, échéances arrêtées,...).*
- *Evaluer les acquis et faire évoluer les activités de l'agent en conséquence.*

Josiane RENETEAUD - CIFP Paris / Gilles Aymar – CEDIP

La Lettre du CEDIP - En lignes n° 12 - janvier 2000 - page 4