



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2003 –

**La formation continue : levier du changement
au service de la Santé Publique**

– Groupe n° 17 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 8 élèves en formation initiale

Animateur

Gonzalo ALVESTEGUI

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
METHODOLOGIE	4
1 LE CHANGEMENT DANS LES ETABLISSEMENTS : UNE REALITE MOUVANTE ET PLURIFORME.....	6
1.1 La nature et la pédagogie du changement.....	6
1.1.1 Accélération et altération du changement	6
1.1.2 Résistances et pédagogie du changement.....	7
1.2 Les formes du changement	9
1.2.1 Les changements sociologiques et technologiques	9
1.2.2 Les changements organisationnels et institutionnels : la nouvelle gouvernance .	11
2 LA FORMATION CONTINUE, UN DROIT AU SERVICE DU CHANGEMENT..	12
2.1 Le cadre juridique de la formation	12
2.1.1 La formation continue, l'affirmation d'un droit pour les agents	12
2.1.2 Le rôle clé de l'ANFH sur le marché de la formation continue	14
2.2 La formation continue, un outil d'appropriation du changement.....	15
2.2.1 Le plan de formation, outil stratégique pour organiser la formation dans un cadre collectif	15
2.2.2 La politique de formation et la place de l'agent face au défi du changement	17
3 VERS UNE FORMATION EVALUEE ET STRATEGIQUE POUR REpondre AUX BESOINS DE SANTE PUBLIQUE.....	19
3.1 Carences et nécessité de l'évaluation.....	19
3.1.1 Les carences de l'évaluation des dispositifs de formation	19
3.1.2 Un dispositif d'évaluation à construire	20

3.2	Pour une pleine utilisation de toutes les potentialités d'un véritable outil stratégique	22
3.2.1	Elargir le champ des populations formées.....	22
3.2.2	Faire de la formation continue un véritable outil stratégique au service du changement.	23
CONCLUSION		25
Bibliographie		29
Liste des annexes		1

Remerciements

Nous tenons à exprimer nos remerciements à :

- Monsieur AUBRY
- Madame CAMBE
- Monsieur CHARLET
- Madame COUDRIN
- Madame GALLARD
- Monsieur GUINAMANT

- Monsieur LE MAO
- Madame RADUREAU

- Madame ROUSSEL
- Monsieur TANGUY
- Madame SAL SIMON

pour leur compétence et leur disponibilité.

Nous exprimons également toute notre gratitude à notre animateur, Gonzalo ALVESTEGUI, pour son aide précieuse et ses conseils.

Liste des sigles utilisés

AFMHA : Association nationale pour la Formation continue du personnel Médical des Hôpitaux publics en Administration et gestion

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ANFH : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

CFP : Congé de Formation Professionnelle

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSP : Code de la Santé Publique

CTE : Comité Technique d'Etablissement

GRH : Gestion des Ressources Humaines

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

RTT : Réduction du Temps de Travail

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

INTRODUCTION

Si l'on trouve, dans les sermons du Moyen-Age, des préceptes concernant l'hygiène et les conduites vestimentaires, l'origine de la prévention et de l'organisation des systèmes de soins, au sens moderne du terme, remonte à la fin du dix-neuvième siècle.

C'est sous l'ère de Louis PASTEUR que l'on voit apparaître la notion de santé publique au sens du dépistage, de la vaccination et de l'organisation sanitaire des eaux usées dans les grandes villes. La période de l'entre deux guerres est celle de la lutte contre la saleté et de la promotion de l'hygiène médicale et domestique. A partir de la seconde guerre mondiale, les progrès sont très importants dans le domaine de la prévention, du diagnostic et du traitement des maladies. La création de la Sécurité Sociale, en 1945, permet progressivement à une majorité de français d'avoir accès aux soins. L'éducation sanitaire apparaît dans ce contexte.

Ce sont les professionnels de santé qui s'en emparent et transmettent principalement des messages sur les conséquences des comportements quotidiens, en terme de maladies.

Vingt ans plus tard, les campagnes de santé publique se sont multipliées, mais les analyses d'impact restent très prudentes. Les professionnels de la santé, commencent à travailler avec d'autres professionnels, notamment ceux du champ de l'éducation, de la sociologie et de la psychosociologie. Le constat est fait que la connaissance ne suffit pas à favoriser les changements de comportement et que la prise en compte des conditions de vie est un facteur déterminant. L'éducation à la santé va naître.

Historiquement, la notion de santé publique était donc rattachée à celle d'épidémie et d'hygiène sociale. Actuellement, cette notion se décline au plan national sous la forme de politiques de santé publique allant bien au delà de la simple prévention des maladies infectieuses. Elles constituent le principal instrument des nations pour orienter et organiser leurs efforts en vue de répondre aux objectifs fixés dans ce domaine. Ces politiques sont organisées autour des priorités de santé publique définies au plan national et qui recouvrent, pour le cas de la France, des domaines aussi variés que le cancer, la violence routière, le vieillissement de la population....

Le contenu de la notion de santé publique s'est diversifié et le champ recouvert par cette notion s'est par là même étendu. Elle devient une discipline qui s'occupe de la santé globale sous tous ses aspects : curatifs, préventifs, éducatifs et sociaux. Ces évolutions

ne sont pas sans conséquences sur l'organisation du système de soins, contraint à de forts changements depuis les années 70, qui ont marqué le point de départ du processus de planification et de régionalisation de l'organisation sanitaire. La loi du 31 décembre 1970 instaure la carte sanitaire, outil de planification quantitative de l'offre de soins par secteur sanitaire tenant compte des besoins de la population. La loi du 31 juillet 1991 est venue régionaliser et compléter ce dispositif par l'introduction d'une dimension qualitative (Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale –CROSS-, Schéma Régional d'Organisation Sanitaire –SROS-). Enfin, les ordonnances de 1996 ont confirmé cette logique par la création de la Conférence Nationale de Santé et des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH). Cette nouvelle organisation a entraîné des vagues de restructuration (regroupements inter hospitalier, fusions, mise en place de réseaux) nécessitant un décloisonnement et une harmonisation des cultures et des pratiques professionnelles afin d'assurer l'émergence de projets fédérateurs (projets d'établissement, de service....) qui devront composer avec l'introduction des notions de démarche qualité et d'accréditation.

Tous ces changements ne peuvent s'envisager sans un accompagnement pouvant notamment prendre la forme de programmes de formation adaptés. En effet, selon G Donnadieu, « *ce sont les hommes qui font la différence...La compétence est la condition de l'efficacité individuelle et collective* ». Néanmoins, la compétence est insuffisante si l'on n'obtient pas l'implication de tous.

Dès 1792, Condorcet affirmait que « *la formation doit assurer aux hommes dans tous les âges de la vie la facilité de conserver leurs connaissances ou d'en acquérir de nouvelles* ». Le secteur sanitaire et médico-social est un lieu complexe, connaissant des évolutions régulières, voire même des restructurations, une approche institutionnelle de la formation s'avère donc nécessaire avec comme fil rouge la nécessité de répondre aux priorités de santé publique et aux besoins des usagers.

Rares sont les professionnels intervenant dans les secteurs sanitaire et médico-social ayant durant leur formation initiale bénéficié de séminaires de santé publique. Il n'y a guère que les médecins à avoir suivi ce type de formation sans que les résultats soient très concluants¹. C'est donc à la formation continue en tant que prolongement et complément indispensable de la formation initiale, en permettant sa mise à jour régulière, qu'incombera le rôle de rendre compétents en la matière ces professionnels et de les inciter à prendre part à la réalisation des différents projets institutionnels.

¹ Les priorités en santé publique (cf Bibliographie)

La formation continue constitue en effet une condition d'enrichissement collectif car elle permet d'adapter les connaissances des agents, à la rapidité des progrès scientifiques. Plus généralement, elle a une importance particulière en période de changements dans la mesure où elle constitue un atout majeur si l'on souhaite ouvrir et conduire les chantiers de modernisation du système de soins au sens large. A l'appui de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC), elle permet de réduire ou de combler les écarts entre les besoins prévisionnels en vue, entre autre, de satisfaire aux nouvelles exigences en matière de santé publique et les compétences actuelles.

Si la formation a longtemps été marquée par la dichotomie entre formation professionnelle et formation personnelle, elle doit dépasser cette scission pour être utilisée comme facteur de dynamisation et de participation des salariés à la vie collective. Elle constituera alors un levier de changement majeur au service d'une stratégie institutionnelle répondant en dernière analyse aux priorités de santé publique.

Il s'agira pour nous de démontrer comment la formation continue peut être utilisée, dans un établissement, afin d'accompagner et d'anticiper les changements de nature très diverse que le secteur sanitaire et médico-social est amené à vivre pour répondre aux évolutions de la notion de santé publique.

Quels sont ces changements qui nécessitent la mise en place de moyens pour les accompagner sur le terrain ? Dans quelle mesure ont-ils un impact sur le plan institutionnel ? Comment concilier, dans les établissements, le droit individuel à la formation continue et les objectifs institutionnels ? Comment utiliser la formation continue comme outil stratégique au service de la santé publique ? Comment vérifier que la formation continue concourt réellement à répondre aux objectifs fixés aux établissements en matière de santé publique ?

De fait, si le changement est souvent perçu comme une contrainte dans les institutions en raison de son accélération et son caractère pluriel (première partie), la formation, au-delà de son obligation réglementaire, constitue un droit pour l'agent et un formidable outil d'appropriation du changement (deuxième partie). Reste à l'avenir à faire prendre conscience aux responsables des structures hospitalières et médico-sociales, de la place stratégique dans l'évolution de la santé publique d'une formation continue dûment évaluée (troisième partie).

METHODOLOGIE

Nous avons organisé notre travail selon une méthodologie précise.

Dans un premier temps, nous nous sommes imprégnés du sujet grâce au dossier documentaire remis par notre animateur. Il a été alors élaboré une première problématique d'ensemble et des axes de questionnement et de recherche affinés par la suite par une recherche bibliographique. Nous avons cherché à déterminer les structures et les populations étudiées de manière précise. Concernant les structures, dans un esprit d'interfiliarité, nous sommes sortis du strict cadre hospitalier suggéré par le sujet original pour prendre en compte les établissements médico-sociaux.

De même, concernant les populations formées, les catégories A, B et C, les personnels soignants, médico-techniques et administratifs ont été étudiés, le changement concernant tous les acteurs du système sanitaire et social. En outre, une attention toute particulière a été portée aux concepteurs et aux décideurs en matière de formation continue, leur appréhension du changement et son instillation dans les plans de formation nous intéressant tout particulièrement. Des directeurs et des responsables de service de formation continue ont donc été essentiellement rencontrés, ainsi que la déléguée régionale de l'ANFH Bretagne. Les personnes interrogées (liste en annexe) ont été sélectionnées par nos soins en fonction des expériences novatrices qu'elles pouvaient avoir en matière de conduite de projets de formation. Par ailleurs, les organismes de formation et les personnels formés n'ont pas été oubliés dans nos enquêtes mais la relative brièveté du module et l'indisponibilité de certains interlocuteurs ont conditionné la délimitation de ce panel.

Cette étude ne prétend pas à l'exhaustivité. Notre attention s'est tout particulièrement portée sur des dispositifs de formation continue innovants, conçus, au-delà de leur contenu parfois technique, comme un levier de changement au sein d'une stratégie globale, intégrant à la fois les priorités institutionnelles et les priorités de santé publique. A cet égard, la région Bretagne a été privilégiée en raison de sa tradition historique en matière de formation continue en milieu sanitaire et social. Ainsi, l'ANFH Bretagne compte le plus grand nombre d'adhérents en France.

Cette implication résulte du « Vœu 100 » à l'ANFH nationale, démarche impulsée par des syndicats, dont la CGT, au début des années 80. Le but était de permettre aux hospitaliers, et notamment ceux bénéficiant d'une formation initiale moins développée, d'avoir une culture suffisante pour eux mais aussi pour l'établissement grâce à des

« formations à caractère général ». Cette volonté s'est concrétisée, dans un premier temps, par la mise en place de préparations au concours d'aide-soignant. Ce n'est que dans un deuxième temps qu'elle a pris la forme des formations de culture économique et sanitaire et de connaissance de leur environnement par les agents. Elle a trouvé une traduction concrète en Bretagne mais aussi en Aquitaine et Midi-Pyrénées.

Les entretiens ont été préparés à l'aide de l'élaboration d'une grille d'entretien (annexe) restituant nos axes de questionnement et nos attentes à l'égard des personnes rencontrées. Ainsi, concernant les décideurs et les responsables en matière de formation continue, les questions posées ont porté essentiellement sur :

- l'élaboration du plan de formation,
- l'évaluation de la formation,
- l'adhésion des agents au projet de formation,
- les changements perçus et les rôles donnés à la formation en matière d'accompagnement ou d'anticipation,
- les populations formées,
- les temps de formation et le type de formateurs employés,
- la commission de formation et le budget consacré à la formation,
- la politique de formation envisagée face aux nouveaux changements prévus,
- l'impact de la politique de formation sur la santé publique.

Cette grille a présidé à tous les entretiens afin d'avoir une homogénéité des réponses permettant comparaisons et analyses.

Ce rapport résulte par conséquent à la fois du recueil de ces témoignages et d'un questionnement théorique alimenté par une documentation large (bibliographie).

1 LE CHANGEMENT DANS LES ETABLISSEMENTS : UNE REALITE MOUVANTE ET PLURIFORME

1.1 La nature et la pédagogie du changement

« Il n'y a rien dont l'exécution est plus difficile ou la réussite plus douteuse ou le maniement plus dangereux que l'instauration d'un nouvel ordre des choses »

Machiavel

L'hôpital est l'un des lieux où l'on parle le plus fréquemment de changement. Pour autant, son sens et sa nature semblent loin d'être communément partagés. Pour certains, le changement est à impulser, pour d'autres, il est imposé et contraignant. Si la formation est un outil de changement, il nous faut déterminer sa nature.

1.1.1 Accélération et altération du changement

Ces vingt dernières années, le changement s'est accéléré et s'est altéré dans sa nature, si bien qu'on l'associe souvent désormais à la notion de risque. En effet, aux « Trente Glorieuses » marquant un développement continu de l'hôpital et de son plateau technique, ont succédé les années 1980 et 1990 et la nécessité de moderniser les pratiques et les organisations, les problèmes apparus étant multiples et les sollicitations de l'environnement nombreuses.

L'hôpital en tant que service public doit s'adapter. C'est le fameux principe de mutabilité du service public. L'hôpital serait même à l'origine d'un nouveau principe d'adaptabilité du service public. En effet, l'établissement et les professionnels hospitaliers doivent s'adapter en permanence pour continuer à satisfaire au mieux les usagers.

Cette adaptation permanente fait que « *l'hôpital est en turbulence* »² selon Georges NIZARD car « *le métabolisme de l'hôpital est trop lent pour le changement issu de l'environnement. La non-congruence entre les réponses et les défis risque d'être fatale aux structures hospitalières* ».

Cette turbulence institutionnelle peut se transformer en désarroi individuel chez les professionnels hospitaliers. Ceux-ci se trouvent, en effet, partagés entre les réflexes professionnels et organisationnels qu'ils ont intériorisés et la nécessité d'en adopter

² NIZARD Georges, *L'hôpital en turbulence*, Privat, Toulouse, 1994, 181 p., ISBN 2-70089-7465-3

rapidement de nouveaux. Pour s'adapter à l'accélération du changement, « *il importe de garder à l'esprit que les changements humains sont des processus lents et complexes et que l'on ne change pas un individu comme une machine* »³.

Si la rapidité du changement met l'hôpital en difficulté, sa nature est également nouvelle et déconcertante. Dorénavant, les activités et les pratiques des hospitaliers sont questionnées tant sur leur fond et leur forme que sur leur esprit. La remise en cause est aussi bien culturelle qu'éthique. De nombreux débats se font jour et, selon la classification employée par WATZLAWICK et l'Ecole de Palo ALTO,⁴ le changement actuel est susceptible d'évoluer du «type I» pour le moment (multiples changements au sein du système hospitalier) vers un changement de «type II» dans les décennies à venir (modification entière du système hospitalier), en fonction des réponses qui seront apportées.

Tous ces éléments, que nous caractériserons plus précisément par la suite, sont porteurs d'incertitude et de complexité. Ils peuvent même parfois être contradictoires, à l'exemple de deux impératifs actuels de l'action hospitalière, à savoir la sécurité des soins et l'humanisation. Le changement ne va donc pas de soi, il entraîne des résistances.

1.1.2 Résistances et pédagogie du changement

Les organisations comme les individus peuvent se caractériser par une certaine inertie et manifester une résistance passive ou active au changement. La psychologie sociale a dégagé les éléments stables et réguliers du comportement, à savoir le poids des mentalités et l'influence structurante de la culture. De même, le professeur A. BERNADOU note que « *ce qui est naturel, c'est la résistance au changement, pas l'inverse* », car il existe chez l'Homme « *un système de défense contre les idées, les opinions et les comportements des autres, dont le but est identique (au système immunitaire) : garder l'intégrité psychique du soi* »⁵.

³ GONNET Françoise et CROZIER Michel (préf.), *L'hôpital en question(s)*, Éditions Lamarre, Paris, 1992, ISBN 2-7081-2107-3

⁴ Ecole de psychologie sociale clinique fondée par BATESON et WATZLAWICK, pendant les années 1970.

⁵ BERNADOU Alain, *La démarche qualité : du discours à la réalité*. Entreprise santé, mai-juin 2000, n°27, p. 17-20.

Par ailleurs, Robert MERTON a mis en évidence les rigidités et les dysfonctionnements des organisations : hiérarchie pyramidale forte, corps très cloisonnés, réglementation contraignante, abondance de notes de service et de règlements spécifiques qui encadrent l'activité ordinaire. Pour l'hôpital, on pourrait citer le cloisonnement entre services et groupes professionnels, la persistance de forts enjeux de pouvoir, le poids de la hiérarchie, la culture négative de l'erreur, la faible perméabilité à la notion d'évaluation.

La psychologie sociale et la sociologie des organisations ont toutefois identifié des potentialités de changement même si elles ne vont pas de soi en raison de ces obstacles individuels et organisationnels. Pour autant, le comportement est variable selon le contexte et la situation interactionnelle. Ainsi, la présence d'un intérêt personnel à changer et d'un climat de confiance avec la direction peuvent être propices au changement. Il s'agit alors de trouver les leviers adaptés.

En effet, selon Françoise KOURILSKY,⁶ la résistance au changement tient moins souvent aux individus concernés qu'aux méthodes qui sont adoptées : « *le fait de décréter un changement déclenche généralement un peu plus d'immobilisme dans les organisations ; ressenti comme un « diktat », une non-acceptation de leur identité, il est vécu comme une agression* ». Le changement est donc une affaire de pédagogie car le plus important est de créer le désir de changer.

Par ailleurs, le changement est trop souvent vécu ou conçu comme un mouvement descendant qui doit s'appliquer de façon uniforme et impersonnelle à l'ensemble de l'organisation. Pour que le changement soit accepté, il faut plutôt qu'il résulte d'une production collective et que le rôle des acteurs soit valorisé.

Le changement est donc une notion complexe à appréhender et à impulser. Il ne peut résulter que d'un apprentissage. Ainsi, selon DEBROSSE et ARBUZ, « *les équipes hospitalières ne peuvent, sans une sensibilisation et une préparation, changer du jour au lendemain leur manière de concevoir le futur de leur institution* »⁷.

C'est pourquoi « *le changement souhaitable ne pourra être obtenu que s'il y a une appropriation des évolutions en cours par les acteurs concernés, c'est-à-dire s'ils adhèrent volontairement à l'expérience du changement et s'ils sont partie prenante dans*

⁶ KOURILSKY-BELLIATD Françoise et WATZLAWICK Paul, *Du désir au plaisir de changer. Comprendre et provoquer le changement*, InterEditions, Paris, 1995, 324 p., ISBN 2-7296-0566-5

⁷ ARBUZ Georges et DEBROSSE Denis, *Réussir le changement à l'hôpital*, InterEditions, Paris, 1996, 249 p. ISBN 2-7296-0629-7

le processus »⁸. La formation continue des agents hospitaliers paraît pouvoir favoriser l'existence de tels pré-requis en prenant en compte les diverses formes du changement.

1.2 Les formes du changement

Face aux mutations technologiques, organisationnelles et sociologiques, une identification permanente des besoins en formation des individus doit être réalisée afin de mieux les accompagner dans ces changements.

1.2.1 Les changements sociologiques et technologiques

Des changements sociologiques aussi bien internes qu'externes sont à prendre en compte.

Au niveau interne, la diversité des métiers présents dans les établissements sanitaires et médico-social combinée à une organisation de travail structurée par services ou par pôles, favorisent un individualisme croissant en leur sein.

Un fort besoin de reconnaissance émerge également. Sans rentrer dans une étude exhaustive sur les causes de la crise des acteurs de santé, force est de constater que, depuis quelques années, des mouvements nationaux visent à une reconnaissance de la dureté des tâches et de la lourdeur des responsabilités confiées aux agents.

Il faut également prendre en compte la technicisation des pratiques et les avancées technologiques qui ont entraîné une plus grande spécialisation, accentuant de ce fait le cloisonnement existant entre acteurs d'une même structure.

Les départs massifs en retraite conduisent à une déperdition des connaissances et à l'affaiblissement de la culture d'établissement pouvant déstabiliser la qualité de la prise en charge au sein des structures hospitalières et médico-sociales, celles-ci étant amenées à se séparer du personnel expérimenté et bien intégré. Une certaine "stabilité qualitative" doit être recherchée.

Au niveau externe, la dégradation du tissu social est perceptible dans les établissements. La précarité de certaines situations engendre des violences que les structures ont du mal à contenir. L'évolution de la prise en charge des exclus et

⁸ FIORINI Christèle, *Face au changement, comment faire évoluer les pratiques des hospitaliers ?*, Mémoire directeur d'hôpital, ENSP, Rennes, 2001, 73 p.

notamment la mise en place de la couverture médicale universelle accentue la difficulté pour les agents de faire face à ces changements.

Par ailleurs, le développement du consumérisme a largement fait évoluer les besoins. Le marché impose sa loi au sein même des structures sanitaires et sociales. Les usagers plutôt effacés et soumis sont devenus des clients bien informés, avec des attentes et des exigences de qualité bien déterminées, n'hésitant pas à faire valoir, et ce parfois de manière abusive, leurs droits auprès des chefs d'établissement, voire des juridictions.

Fondamentalement, la rapidité des avancées technologiques influe de manière positive sur la qualification du personnel. Celui-ci doit veiller à être constamment aux faits des avancées dans son domaine. Le diplôme ne suffit plus, tous les acteurs ont l'obligation d'actualiser leurs connaissances techniques.

La notion de risque est désormais prégnante dans le monde sanitaire et social. L'hôpital s'efforce de mettre en place des dispositifs de vigilance de tous ordres. Une véritable politique de gestion des risques est à construire. Le passage d'une responsabilité pour faute à une présomption de responsabilité est mal accepté par le personnel, qui a le sentiment d'une trop grande pénalisation de son action pourtant au service du patient.

Les changements rapides des pratiques médicales rendent aussi indispensables les adaptations du personnel. L'arrivée au sein des établissements de pratiques nouvelles (prise en charge des cancéreux, création des unités mobiles de soins palliatifs,...) rend obligatoire une adaptation constante qui vise à répondre aux attentes des praticiens et des usagers. De plus, l'évolution médicale vers une prise en charge globale du patient remet souvent en cause les pratiques antérieures de cloisonnement des services et nécessite de travailler en réseau.

Enfin, le développement des technologies de l'information et leur accès plus facile atténuent la dépendance des usagers vis à vis de la sphère sanitaire et sociale.

Ces changements sociologiques et technologiques s'accompagnent de changements organisationnels et institutionnels ayant aussi une influence sur le contenu des formations à mettre en œuvre.

1.2.2 Les changements organisationnels et institutionnels : la nouvelle gouvernance

Le terme de gouvernance est apparu pour rendre compte des transformations des formes de l'action publique. La gouvernance se définit de manière générale comme un processus de coordination d'acteurs, de groupes sociaux, d'institutions, pour atteindre des buts propres discutés et définis collectivement dans des environnements fragmentés et incertains. La gouvernance met l'accent sur plusieurs types de transformation des modalités de l'action publique : elle repose sur une dénonciation du modèle de politique traditionnel qui confie aux seules autorités politiques la responsabilité de la gestion des affaires publiques. Avec la notion de gouvernance, le rôle de contrôle et de commandement, centré sur une construction institutionnelle, est remis en cause au profit d'une approche plurielle et interactive du pouvoir. La gouvernance met l'accent sur la multiplicité et la diversité des acteurs qui interviennent ou peuvent intervenir dans la gestion des affaires publiques. Elle attire l'attention sur le déplacement des responsabilités qui s'opère entre l'Etat, la société civile et les forces du marché lorsque de nouveaux acteurs sont associés au processus de décision et sur le déplacement des frontières entre le secteur privé et le secteur public. Les autorités publiques qui s'en remettent davantage aux secteurs privé et associatif voient leur rôle modifié ; d'interventionnistes, elles doivent passer à un rôle de facilitateur, de stratège, d'animateur, de régulateur. La notion de gouvernance met également l'accent sur l'interdépendance des pouvoirs associés à l'action collective. La gestion des affaires publiques repose sur un processus d'interaction / négociation entre intervenants hétérogènes. Dans la nouvelle gouvernance, les acteurs de toute nature et les institutions publiques s'associent, mettent en commun leurs ressources, leur expertise, leurs capacités et leurs projets, et créent une nouvelle coalition d'action fondée sur le partage des responsabilités. Cette interaction est rendue nécessaire par le fait qu'aucun acteur, public ou privé, ne dispose des connaissances et des moyens nécessaires pour s'attaquer seul aux problèmes.

Ce changement organisationnel a des répercussions au niveau régional. Les réformes nationales de la dernière décennie ont vu l'apparition de nouveaux concepts qui ont investi les établissements sanitaires et sociaux. Les changements impulsés par l'instauration de l'accréditation, de la planification, la maîtrise des dépenses de santé, par la mise en place des réseaux ou par la création des ARH ont eu des conséquences fortes sur les structures. L'échelon régional est devenu le cadre optimal de mise en œuvre des politiques de santé publique.

Pour décliner ces politiques, le niveau local a dû s'adapter et devra encore évoluer en mettant en place des organisations intégrées en réseaux et en pôles, dans lesquels les

missions de service public se déclinent en projets et font l'objet d'une contractualisation interne et externe (contrat d'objectifs et de moyens).

Tous ces changements ont eu d'importantes répercussions sur le fonctionnement interne des institutions, notamment sur le travail des agents. Le chef d'établissement se doit d'adapter la formation pour en faire un véritable outil de stratégie afin de les rendre acteurs des politiques de santé publique.

2 LA FORMATION CONTINUE, UN DROIT AU SERVICE DU CHANGEMENT

Au-delà des obligations réglementaires, la formation continue doit permettre aux agents de s'approprier le changement.

2.1 Le cadre juridique de la formation

La formation continue s'inscrit dans un cadre juridique posant à la fois un droit pour les individus et des obligations financières et organisationnelles pour les établissements.

2.1.1 La formation continue, l'affirmation d'un droit pour les agents

La formation continue est avant tout un droit individuel qui offre la possibilité aux agents de prolonger, au cours de leur vie professionnelle, les méthodes, les connaissances et les savoir-faire acquis durant la formation initiale. Sa base juridique repose principalement sur trois textes.

C'est la loi du 16 juillet 1971¹ qui institutionnalise la formation professionnelle continue. L'article 1 précise que *"La formation professionnelle continue fait partie de l'éducation permanente. Elle a pour objet de permettre l'adaptation des travailleurs au changement des techniques et des conditions de travail, de favoriser leur promotion*

¹ Loi n° 71-575 du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'Education permanente

sociale par l'accès aux différents niveaux de la culture et de la qualification professionnelle et leur contribution au développement culturel, économique et social." (article repris dans le code du travail)

Cette loi crée donc un véritable droit à la formation pour les salariés, l'inscrivant à la fois dans une perspective d'accompagnement du changement et de promotion de l'individu. Il faudra attendre le décret du 16 juin 1975 pour préciser les modalités d'application de cette loi au secteur hospitalier.

Les lois du 13 juillet 1983² et du 9 janvier 1986³ réaffirment ce droit à la formation permanente pour les agents hospitaliers.

Le décret du 5 avril 1990⁴ précise le dispositif de formation continue dans le cadre de la fonction publique hospitalière. Il définit les différents types d'actions constituant la formation continue, distinguant les actions institutionnelles de formation figurant au plan de formation, des actions de formation à l'initiative des agents en vue de leur promotion personnelle.

Il est important de noter que ces textes ne s'appliquent pas au personnel médical. La formation continue des médecins est réglementée par la loi du 10 juillet 1989, la loi du 31 juillet 1991 et les ordonnances du 24 avril 1996.

La formation contribue donc à l'enrichissement collectif en permettant l'actualisation des besoins des agents, des attentes des bénéficiaires et des objectifs de la prise en charge. Parce qu'elle est indispensable à l'adaptation des établissements aux évolutions de son environnement et indissociable de la stratégie, ils ne peuvent faire l'économie de cet investissement collectif.

La formation continue s'apparente bien à un investissement collectif en ce qu'elle représente un véritable coût économique et humain pour l'établissement. Les modalités de financement sont également précisées par les textes : La loi du 4 juillet 1990¹ (article 21) et le décret du 5 avril 1990 (article 8) fixent l'obligation légale de financement à 2,1% de la masse salariale et la participation financière aux actions de préparation aux

² Loi n° 83-364 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

³ Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

⁴ Décret n° 90-319 du 5 avril 1990

¹ Loi n° 90-579 du 4/7/1990

concours, aux actions d'adaptation et de reconversion à 1%. Ce taux de 2,1% inclut le coût pédagogique, la rémunération des stagiaires en formation, leur déplacement et leur hébergement.

2.1.2 Le rôle clé de l'ANFH sur le marché de la formation continue

La mise en œuvre effective du droit à la formation continue des agents de la fonction publique hospitalière suppose, d'une part, l'allocation de moyens attribués à cette activité, et d'autre part, l'existence d'un marché de la formation professionnelle suffisamment développé pour permettre aux établissements de proposer à leurs agents des formations répondant à leurs besoins.

Le marché de la formation professionnelle dans les secteurs sanitaires et médico-social fait intervenir de nombreux acteurs. Il peut s'agir d'organismes de droit privé à but lucratif, d'organismes à but non lucratif, de formateurs indépendants, de formateurs provenant d'autres administrations que celle de la santé, des universités, des formateurs dépendant du ministère de la santé. Les établissements de santé développent parfois leur propre cellule de formation professionnelle.

Dans ce contexte caractérisé par une grande diversité d'intervenants, l'Association Nationale pour la Formation Permanente du Personnel Hospitalier (ANFH) assure un rôle de régulation. Cette association à but non lucratif, régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, a été créée en 1974 à l'initiative du ministère de la Santé, de la Fédération Hospitalière de France et des organisations syndicales représentatives des différentes catégories de personnels hospitaliers. Elle dispose d'un siège national et de 25 sections régionales. L'adhésion à cette association est facultative : pour l'année 2001, 2.176 établissements publics adhèrent à l'ANFH représentant 619.000 agents soit 86% des agents des établissements susceptibles d'adhérer.

L'ANFH est chargée d'assurer une gestion mutualiste des fonds relatifs à la formation déposés par ses adhérents et d'élaborer une politique de formation continue au plan régional. La définition de cette politique permet de proposer aux adhérents une offre de formation après sélection des prestataires, le plus souvent au terme d'une procédure de mise en concurrence. L'ANFH apporte conseils et appuis techniques pour l'élaboration des plans de formation des établissements, ceux-ci ayant également accès à des prestations documentaires régulières et à des guides méthodologiques. L'association joue également un rôle important en matière d'ingénierie et de mise en œuvre de formations

innovantes des établissements. L'ANFH n'est pas un organisme de formation et ne dispense de ce fait aucun enseignement par elle-même, néanmoins, elle est à l'origine de l'organisation de nombreux colloques et journées thématiques.

Le fonctionnement de l'ANFH repose sur deux principes :

- Le paritarisme : Les instances de l'association sont composées en nombre égal de représentants de l'administration et des organisations syndicales.

- La mutualisation : La fixation de l'enveloppe réservée au financement des plans de formation des établissements est déterminée par application d'un coefficient inversement proportionnel au montant des cotisations versées par chaque adhérent. Ainsi s'opère une redistribution des moyens au profit des établissements de taille modeste.

Le dispositif réglementaire en matière de formation continue est donc fourni. Il appartient ensuite aux établissements de se l'approprier au sein d'une vision stratégique du changement.

2.2 La formation continue, un outil d'appropriation du changement

Il nous est apparu important d'identifier les différents modes d'appropriation du changement à travers les dispositifs de formation adoptés par les établissements visités.

2.2.1 Le plan de formation, outil stratégique pour organiser la formation dans un cadre collectif

L'organisation de la formation continue et les modalités du plan de formation sont définies par la circulaire n°301 DH4 du 31 octobre 1978. Le décret du 5 avril 1990, modifié par le décret du 14 avril 1994⁹, dispose que le plan de formation est établi annuellement.

Pour l'élaboration du plan de formation, l'ANFH Bretagne a formé les directions et les syndicats à l'évaluation des besoins, à l'adaptation du plan au projet d'établissement et aux projets de services. Bien qu'ayant une organisation différente (par exemple des pôles ont été constitués depuis 1998 au CHU de Nantes), l'ensemble des établissements élaborent leur plan de formation de façon propre en fonction de leur organisation et de leur taille.

⁹ Décret n°94-306 du 14 avril 1994

Le plan de formation répond à deux logiques :

- Individuelle : le plan de formation répond à des besoins individuels.
- Collective : le plan de formation répond à des besoins collectifs.

Toutefois, l'importance respective de ces deux logiques varie d'un établissement à l'autre. Dans les CH de Guingamp et de Cornouaille, la priorité est donnée à la logique collective illustrée par les projets de service intégrant les priorités nationales déclinées au niveau régional dans les SROS et au niveau opérationnel dans le projet d'établissement. Le CH Cornouaille n'accepte une formation que si elle s'inscrit dans un projet collectif. Des demandes directes peuvent néanmoins être prises en compte après avoir été mises en rapport avec les besoins de l'hôpital. Les autres établissements font une place plus importante aux besoins individuels. En général, ces besoins sont exprimés lors de l'entretien d'évaluation avec le cadre. Au CHU de Nantes par exemple, pour chaque agent, trois besoins sont repérés par l'encadrement pour une période de trois ans. Le cadre détermine l'écart entre le profil de l'agent et le profil type du poste occupé, et apprécie si cet écart peut être comblé par la formation.

La détection des besoins de formation collectifs et/ou individuels relève de l'encadrement. C'est donc au cadre que revient la tâche de faire remonter au service de la formation les besoins qu'il aura jugés prioritaires. Parallèlement, la direction peut déterminer des priorités qualifiées d'institutionnelles qui sont ensuite transmises au service d'ingénierie en formation chargé de concilier les orientations institutionnelles et les besoins de terrain en fonction de l'enveloppe budgétaire.

Une fois établi en fonction de toutes ces priorités, le plan de formation est présenté à la Commission de formation, une émanation du CTE dans la plupart des établissements, qui discute des choix de formation. Ces choix sont ensuite validés par le CTE.

Le budget consacré à la formation varie selon les établissements : 3% de la masse salariale pour le CH Cornouaille, 2,30% pour le CH de Châteaubriant, 1% pour le CHU de Rennes. La répartition de l'enveloppe budgétaire varie aussi selon les établissements, mais on observe que les CHU de Nantes et de Rennes ont opté pour une répartition semblable : 50% environ de l'enveloppe budgétaire est allouée aux actions institutionnelles et le reste aux actions de pôle (à Nantes) ou de service (à Rennes). Il faut aussi souligner la particularité du CH Cornouaille et du CH de Guingamp qui ont choisi la technique du budget global, et non celle du budget par service. Le but est de raisonner en

termes d'objectifs et non de territoires, afin d'être au service du développement de l'individu d'une part, et des prestations au service de l'utilisateur d'autre part.

En ce qui concerne le public auquel s'adressent les formations, on constate un déséquilibre entre les catégories professionnelles. La catégorie A est privilégiée par rapport à la catégorie C, même si un effort est entrepris dans les divers établissements pour élargir le public (au CHU de Nantes, 43,20% du personnel est formé dans le cadre de groupes mélangeant toutes les catégories de personnel). En effet, Monsieur, responsable de la formation au CH Cornouaille, souligne l'importance de cette mixité pour impulser le changement. De même, on constate un déséquilibre entre les agents administratifs, peu concernés par les formations, et les autres. Une des raisons est l'absence de crédits de remplacement pour les formations des agents administratifs, sachant que les formations se déroulent sur le temps de travail. De même, à l'exception du CH Cornouaille, les médecins participent peu aux formations, et le corps médical en général est peu impliqué dans le plan de formation.

Par ces plans de formation, les établissements s'efforcent de concilier les objectifs individuels et collectifs en élaborant une politique de formation définissant la place de l'agent face au défi du changement.

2.2.2 La politique de formation et la place de l'agent face au défi du changement

La formation s'inscrit dans un horizon de long terme. Dès lors, le contenu des formations couvre un champ très vaste dont l'objectif est de *"faire de l'agent un citoyen responsable, conscient de ses devoirs"*. A ce titre, des formations de culture générale (histoire et philosophie des religions, connaissances des institutions républicaines) sont prévues au CH Cornouaille. Dans le même ordre d'idées, des formations concernent plus spécifiquement le « fonctionnaire à l'hôpital ».

La formation intitulée « connaissance de l'hôpital », dispensée au CH de Châteaubriant, s'adressait initialement aux nouveaux agents arrivant à l'hôpital avant de s'élargir à l'ensemble du personnel volontaire. Cette formation est dispensée en interne :

- le directeur présente le CH de Châteaubriant,
- chaque directeur adjoint présente sa direction fonctionnelle,
- le président de la CME décrit l'activité médicale et son organisation,
- des visites de l'hôpital sont également prévues.

On retrouve ce même genre de formation, axée sur le fonctionnement interne de l'institution, au CH de Guingamp et à la maison de retraite de Pipriac. Selon le directeur du CH de Guingamp, ces formations permettent de changer les cultures, les références, et offrent la possibilité à chacun de devenir acteur du changement en ayant une meilleure connaissance de son environnement de travail.

D'autres formations visent à s'adapter à des changements plus spécifiques. Par exemple, tous les établissements ont mis en place une formation pour la préparation de l'accréditation dans la démarche qualité. Certains, comme celui de Châteaubriant, ont également prévu des formations sur la tarification à l'activité. Au CHU de Nantes, pour accompagner la gestion par pôles, des formations sur la conduite du changement ont été mises en oeuvre à destination de l'ensemble de l'encadrement depuis cinq ans par groupes pluridisciplinaires.

Ainsi, ces exemples montrent qu'à côté des formations s'adressant aux acteurs du changement en général sont également prévues des formations plus spécifiques afin de s'adapter aux divers changements, ou de les anticiper.

Outre les formations prévues en interne, les établissements font appel à des formateurs extérieurs, en collaboration ou non avec d'autres établissements. En effet, une intervention extérieure permet d'avoir un regard neutre sur les changements, facteur d'objectivation et de rationalisation. Toutefois, au CHU de Rennes, il a été constaté que le fait d'envoyer une ou deux personnes en formation restait insuffisant pour changer les pratiques. Il a donc été mis en place une stratégie de projet qui prévoit qu'une personne du service devienne le référent dans un domaine, suive la formation et anime à son retour des sessions de formation auprès de ses collègues en interne.

L'ensemble de ces modalités et la diversité des formations découlant de priorités définies préalablement permettent à l'agent de s'appropriier le changement en général et d'impulser des changements spécifiques. Pour optimiser l'investissement en formation, il est nécessaire de mettre en place des outils stratégiques et d'évaluation pour apporter une meilleure réponse aux besoins de santé publique.

3 VERS UNE FORMATION EVALUEE ET STRATEGIQUE POUR REpondre AUX BESOINS DE SANTE PUBLIQUE

La pleine utilisation de toutes les potentialités d'un véritable outil stratégique nécessite au préalable la construction d'un dispositif d'évaluation.

3.1 Carences et nécessité de l'évaluation

« *La formation pouvant être considérée comme un investissement, il est indispensable de surveiller le retour sur investissement* », affirme le directeur du CH de Guingamp. Cette surveillance, au terme des différents entretiens menés, paraît encore hésitante du fait de sa nature difficilement objectivable et, plus globalement, de la faible culture d'évaluation à l'hôpital.

3.1.1 Les carences de l'évaluation des dispositifs de formation

Concernant son propre hôpital, le directeur est conscient de la très nette insuffisance de l'évaluation de la formation même si des enquêtes «à chaud» sont menées auprès des agents formés. Ce constat s'applique à plusieurs établissements visités et l'évaluation paraît être le prochain enjeu de la formation continue.

Au CHU de Rennes, Madame la directrice du personnel et des écoles, mitige ce bilan sévère en fonction des types de formation. Il est, en effet, relativement aisé d'évaluer des formations actions limitées à un seul service et précédées d'un diagnostic facilitant la mise en œuvre d'outils adaptés. Il n'en est pas de même pour d'autres modes de formation aux objectifs plus diffus (développement personnel, culture générale) dont l'impact sur les pratiques s'avère difficile à mesurer. La pertinence de l'évaluation semble donc être fonction de la qualité et de la précision du constat qui la précède et des objectifs qui la guident.

Ce constat peut également être nuancé par la méthode d'évaluation mise en place au CHU de Nantes par le service d'ingénierie en formation. Cette évaluation se fait sur trois grands axes : appréciation du degré de formation, appréciation des effets (6 mois à 1

an) et évaluation du plan de formation. Les responsables de formation de pôle¹⁰ ont été formés à l'évaluation par un organisme extérieur. « A chaud », chaque stagiaire est invité à évaluer par écrit individuel (pour éviter toute influence extérieure sur son opinion) la formation dont il a bénéficié puis par oral lors d'une discussion entre les membres du groupe formé. L'évaluation différée relève, quant à elle, de la direction des soins afin d'obtenir une appréciation pertinente quant à l'évolution des comportements. Cette démarche paraît avoir permis, au-delà de la surveillance du retour sur investissement, de réajuster les formations en fonction des besoins affinés lors de cette évaluation.

Outre ce type de dispositif, l'évaluation demeure très globale et imprécise. Questionnaires ou indicateurs objectifs sont souvent absents et, comme c'est le cas à la maison de retraite de Pipriac, le directeur ne peut apprécier la portée de la formation que par le ressenti exprimé par les agents, c'est-à-dire par des éléments subjectifs. Comme l'indique le responsable, les objectifs opérationnels ne sont souvent pas définis de manière assez stricte, rendant toute évaluation très difficile à mettre en œuvre. En outre, certains buts poursuivis sont par nature très diffus, en matière de culture générale ou de développement personnel par exemple. Les seuls indicateurs à disposition sont alors les réussites aux concours, les demandes de changement de service ou encore le propre bilan des formateurs.

L'évaluation en matière de formation continue hospitalière est donc en grande partie encore à construire.

3.1.2 Un dispositif d'évaluation à construire

L'évaluation de la formation continue était au centre des débats du « Carrefour formation » de l'ANFH Bretagne du 12 septembre 2003. En effet, la question est au cœur de l'amélioration de la formation pour les années à venir afin de mieux apprécier la qualité des formations dispensées, les budgets et les enjeux stratégiques étant plus qu'importants, et de mieux adapter les actions proposées aux besoins. L'évaluation est également un impératif au regard du référentiel d'accréditation édité par l'ANAES. Ainsi, la référence GRH 11.b. du manuel indique que « *la politique de gestion des ressources humaines est évaluée sur la base d'indicateurs suivis à périodicité définie* »¹¹. La

¹⁰ Depuis 1998, le CHU de Nantes a mis en place une gestion de proximité. 15 pôles cliniques et 4 pôles administratifs ou logistiques ont été constitués.

¹¹ *Manuel d'accréditation des établissements de santé*, actualisation de juin 2003, ANAES, direction de l'accréditation.

formation est donc soumise, comme tout autre outil de la politique de gestion des ressources humaines à cette préconisation d'évaluation.

Dans son plan d'action régional 2003, l'ANFH Bretagne s'engage d'ailleurs, au sein de l'axe 1 à « *développer l'efficacité de la formation continue dans les établissements adhérents* », à promouvoir par une action régionale l'évaluation post-formation. Des directeurs et des responsables de formation ont donc été formés par un organisme extérieur pour « *impulser, coordonner un dispositif d'évaluation, préparer et animer une évaluation à chaud, conduire une évaluation différée, tirer des conclusions en termes d'ajustement* ». ¹²

Mais que pourrait être un dispositif d'évaluation pertinent ?

Il paraît important tout d'abord de déterminer qui évalue, quand, et de bien mesurer ce que ce choix implique. L'évaluation effectuée « à chaud » par le formateur sera sans doute très différente de l'évaluation différée opérée par une direction des soins. Ce type d'évaluation paraît important dans la mesure où « *le responsable hiérarchique, les personnes avec lesquelles l'agent a des rapports professionnels et l'agent lui-même sont prioritairement et directement concernés toutes les fois où il y a un objectif de formation dont il faut évaluer les résultats en termes de coût et de formation acquise* ». ¹³ Concernant le moment de l'évaluation différée, une période de six mois environ paraît intéressante. En effet, on peut alors considérer que l'apprentissage acquis est consolidé sur le lieu de travail et que l'agent complète ainsi sa formation sur le terrain.

Des critères sont également à déterminer. Lors de la détection des besoins, des nécessités d'enrichissement ou des déficiences ont été recensées. Il s'agit alors de « *vérifier si les nouvelles acquisitions répondent à ce qu'on cherche à corriger ou à prévenir* ». ¹⁴ Par ailleurs, ces critères peuvent servir à des bilans individuels, à des bilans trimestriels de l'action de formation et présider à l'évaluation annuelle du plan de formation. Le CH de Chateaubriant a également eu l'idée de constituer un réseau inter-établissement des responsables de formation ayant pour objectif de mesurer les évolutions apportées dans l'établissement par les différentes formations.

La diversité des expériences et des initiatives recensées démontre qu'il n'existe pas de méthode unique d'évaluation. Celle-ci doit être adaptée aux différents types de formation, à leur public et à leurs objectifs. Quelles que soient ses modalités, elle est la condition de l'engagement de la formation dans l'assurance qualité afin qu'elle soit un

¹² *Plan d'Action Régionale 2003*, ANFH Bretagne, Rennes, 2003.

¹³ ABBAD Jean, *Organisation et management hospitalier*, Berger-Levrault, Paris, 2001, p.328.

levier efficient de changement et permettre ainsi une utilisation optimale de ses potentialités.

3.2 Pour une pleine utilisation de toutes les potentialités d'un véritable outil stratégique

Dans une optique prospective et pour que la formation continue soit désormais un véritable levier de changement dans les établissements, il semblerait souhaitable d'élargir la population formée et d'envisager la formation sous un angle stratégique et non plus administratif.

3.2.1 Elargir le champ des populations formées.

Faire de la formation continue un véritable outil de changement implique de préparer la totalité des agents à celui-ci. Pour ce faire, un effort particulier doit être fait afin d'inclure tous les métiers, toutes les catégories d'agents dans les plans de formation ; l'accent doit être mis sur la transversalité. En effet, les formations de type « développement personnel et communication » ou « être fonctionnaire à l'hôpital » sont l'occasion pour chaque agent de rencontrer d'autres agents avec lesquels il n'est pas amené à travailler quotidiennement, afin de créer des habitudes communes de travail, des valeurs communes et, en dernière analyse, une culture commune d'établissement.

C'est ainsi que les établissements doivent veiller tout particulièrement au départ en formation des agents de catégorie C et des agents relevant des métiers administratifs afin de lutter contre la loi sociologique selon laquelle les personnels disposant d'un niveau de formation initiale inférieure bénéficient moins de la formation continue, et que les agents administratifs sont moins formés que les personnels soignants ou techniques.

Plus particulièrement, concernant cette nécessaire mixité des populations formées, les responsables de formation doivent être attentifs à inclure la population médicale dans les dispositifs de formation communs à l'ensemble de l'établissement afin d'intégrer ceux-ci aux démarches de changement. Certes, il existe un certain nombre de difficultés rendant difficile pour un établissement de prendre en charge la formation des

¹⁴ *ibid.*, p.329.

médecins, sachant que seul 0,75% de leur masse salariale y est consacré. Néanmoins, l'obstacle financier peut être levé, de l'avis d'un certain nombre de nos interlocuteurs, en englobant certaines formations médicales non techniques dans le budget global de formation ou en y consacrant un effort financier particulier (par exemple, le CH de Guingamp a augmenté le budget de formation médicale, le faisant passer de 0,75% à 1% de leur masse salariale).

En outre, la formation des médecins tend à être individualiste, ce qui pose un certain nombre de difficultés à leur insertion dans des projets transversaux de l'établissement. Malgré tout, il existe plusieurs outils incitant les médecins à participer à ces formations communes. Ainsi, des formations en management proposées par l'AFMHA (Association nationale pour la Formation continue du personnel Médical des Hôpitaux publics en Administration et gestion) s'adressent spécifiquement aux praticiens hospitaliers et permettent de les sensibiliser à leur environnement. De plus, des formations transversales incluant des médecins intègrent les priorités nationales de santé publique telle que la lutte contre la douleur ou l'hygiène. Enfin, les médecins semblent disponibles pour participer à la démarche qualité dans leurs établissements et aux formations qui en découlent.

Parvenir à susciter le désir de formation commune avec les autres acteurs de l'établissement est, aujourd'hui, une nécessité en vue de la réforme Hôpital 2007. Cette dernière vise à donner aux médecins un rôle plus important dans la gestion de l'hôpital, en en faisant des managers et non plus simplement des chefs de pôle. Des formations adéquates à la connaissance du fonctionnement de l'hôpital et en gestion devront être proposées dans ce but aux personnels médicaux.

3.2.2 Faire de la formation continue un véritable outil stratégique au service du changement.

A l'heure actuelle, la formation continue est encore trop souvent envisagée d'une façon administrative, répondant à des contraintes réglementaires, et selon une vision à court terme. Elle est trop souvent absente des débats des comités stratégiques d'établissement. Pour en faire un levier de changement à part entière, la formation doit être appréhendée sur le moyen et long terme afin d'accompagner mais surtout de préparer et d'anticiper les changements à venir.

Pour ce faire, elle doit reposer sur une définition préalable des besoins allant dans ce sens. En conséquence, l'accent doit être mis sur les besoins collectifs de

l'établissement, répondant au projet d'établissement, lui-même en conformité avec le SROS, déclinant au niveau régional les priorités de santé publique. En axant la formation continue sur ces besoins collectifs, on permet aux agents de s'approprier le projet d'établissement, de s'ancrer dans une culture commune et de susciter in fine un désir de changement.

Mais surtout, la formation continue ne doit plus seulement être fondée sur une logique annuelle correspondant au plan de formation. Elle doit pouvoir être envisagée sur le moyen, voire le long terme, c'est-à-dire sur une durée de cinq à dix ans. Ainsi, la formation continue sera l'un des outils face aux changements importants auxquels les établissements seront confrontés ces prochaines années, et notamment, le changement démographique que constituera la vague de départs en retraite. Aujourd'hui, la formation continue ne fait qu'accompagner ce changement en proposant des formations au départ à la retraite. Désormais, il faudra la penser en lien avec la gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC) pour anticiper les problèmes de déperdition des savoirs et de perte d'identité.

De la même façon, il est à craindre, selon le directeur, que le plan Hôpital 2007 et, en particulier, la mise en place de la tarification à l'activité, ne se limitera pas à un bouleversement financier pour les établissements. En effet, l'évaluation des coûts de chacune des activités des établissements amènera inévitablement ceux-ci à effectuer une comparaison entre les activités selon leurs coûts. Ainsi, des secteurs traditionnels techniques de l'hôpital (comme la menuiserie, la peinture...) pourraient être considérés comme trop onéreux et aboutir à leur externalisation vers le secteur privé. Cela engendrera un problème de gestion des ressources humaines pour les agents des activités concernées. La formation continue, si elle est envisagée sur le long terme dès aujourd'hui, pourrait permettre de diriger les agents concernés vers d'autres formations afin de faciliter leur reclassement.

En d'autres termes, la formation continue doit être un réel outil stratégique de long terme et non plus, comme c'est encore trop souvent le cas aujourd'hui, un simple outil de gestion de crise sans réelle démarche de projet, répondant au cas par cas et par à coup à des situations problématiques données.

CONCLUSION

A l'issue de nos recherches, il nous est apparu que les établissements sanitaires et médico-social sont aujourd'hui soumis à un changement multiforme. Or ce changement suscite par réaction des résistances de la part d'agents qui ne se sentent pas acteurs de ce changement. Le rôle de tout directeur en pareille situation est d'offrir un panel de connaissances à ces agents afin de créer une véritable culture du changement pour que celui-ci ne soit plus vécu uniquement sous le mode de la contrainte. La formation continue permettant d'apporter ces connaissances est donc un véritable levier du changement. Cependant, elle est encore peu considérée comme tel : elle est majoritairement perçue comme une contrainte réglementaire. Elle fait donc rarement l'objet d'une réelle vision stratégique et, n'étant pas considérée comme un réel investissement, n'est pas correctement évaluée.

Nous avons donc pu établir une modélisation des dirigeants en charge de la formation au gré de nos entretiens. La grande majorité de ces responsables aujourd'hui font de la formation « pour faire de la formation ». Ils ne la considèrent que comme une dépense à perte, répondant à des obligations juridiques et réglementaires. Leur plan de formation n'est élaboré qu'avec une vision de court terme et met l'accent sur les besoins individuels, sans réelle cohérence d'ensemble de ces besoins.

D'autres responsables considèrent néanmoins la formation continue comme un outil de gestion. Cependant, ils la détournent parfois de son but en en faisant un instrument de paix sociale. La formation est mise en œuvre pour satisfaire des syndicats qui y sont fortement attachés, mais sans politique de formation et sans réelle conviction quant à sa véritable utilité.

L'attitude la plus aboutie vis-à-vis de la formation, incarnée par nos interlocuteurs bretons, justement choisis pour l'état d'avancement de leur politique, consiste à intégrer la formation continue dans une véritable démarche de projet. Elle est conçue comme un levier du changement s'intégrant dans la stratégie de l'établissement pour mener à bien un certain nombre de projets.

Cette dernière attitude permet de mettre la formation au service de la santé publique, en ce qu'elle crée une culture de changement, ce changement étant, en dernière analyse, tourné vers la satisfaction du besoin des patients.

Un dernier pas demande à être franchi pour faire de la formation continue un véritable outil au service de la santé publique. De fait, il semble nécessaire de faire sortir ces politiques du milieu hospitalier et de les étendre à tous les acteurs de santé publique.

Ainsi doit-on mettre l'accent sur les formations communes à plusieurs établissements mais aussi à plusieurs acteurs de santé, notamment dans une logique de réseau. A titre d'exemple, la prise en charge des personnes âgées serait peut être améliorée si tous les acteurs du secteur (hospitaliers, médico-social, médecins de ville, assistants sociaux des départements, soins à domicile..) étaient formés ensemble afin de leur inculquer une culture commune et des habitudes de travail. Mais pour devenir un outil de changement au service de la santé publique, elle ne doit pas se limiter aux agents hospitaliers.

Cette façon de mettre en œuvre la formation permettrait, d'une part, de la sortir de la sphère hospitalière, à laquelle elle ne se limite pas, et d'autre part, de l'intégrer dans la problématique plus large de la santé publique.

Bibliographie

OUVRAGES

ABBAD J. *Organisation et management hospitalier : mieux gérer les ressources humaines à l'hôpital*, Paris : Berger-Levrault, 2001, 417 p. Collection "H".

ABBATT F.R, MEJIA A. *La formation continue des personnels de santé*, Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 1990, 189 p.

CROZIER M., TILLIETTE B., *Quand la France s'ouvrira* , Paris : Artheme Fayard, 2000.

Fédération des Départements de Formation Médicale Continue de l'Ouest (FDFMCO), Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP), *Forum 1998 Bretagne-Pays de Loire : Formation médicale continue et santé publique*, Université de Rennes 1, 1999, 244 p.

PERIODIQUES

BERNARDOU A. "Pédagogie du changement", *Revue hospitalière de France*, n° 6, novembre-décembre 1999, pp 59-61

CENTOGAMBE-FAVRE C. "L'intérêt du management par projet", *Objectifs soins*, n° 105, avril 2002

CREMADEZ M. "Vers une nouvelle gouvernance hospitalière ?", *Revue hospitalière de France*, n° 490, janvier-février 2003, pp 42-49.

DABIS F., TESSIER J.F., "Les priorités en santé publique", *Santé publique*, volume 13, n° 2, pp 195-200.

HERIAUD A. "La formation, levier d'une stratégie de changement et d'amélioration de la qualité", *Revue hospitalière de France*, n° 6, novembre-décembre 1999, pp 57- 58
ENSP – Module interprofessionnel de santé publique – 2003

KOURILSKY F. "Comment ne pas bloquer le changement" , Gestions hospitalières, n° 385, avril 1999, pp 266-267

RIPOCHE M., VALLET G. "L'ANFH", *Cahiers hospitaliers*, n° 116, mars 2001, pp 25-28.

VILCHIEN D., "Proposition d'orientation pour la formation continue", Informations sur les ressources humaines à l'hôpital, n° 17, septembre 1999, pp 3-12.

MEMOIRES

AUGEARD M. *Optimiser les efforts de la formation continue dans les services de soins*, Rennes : ENSP, 2001, 59 p.

FIORINI C. Face au changement, comment faire évoluer les pratiques professionnelles des hospitaliers, Rennes : ENSP, 2001, 73 p.

VIAL S. *L'achat de formation professionnelle continue à l'hôpital*, Rennes : ENSP, 2001, 73 p.

Liste des annexes

- I. Grille de conduite d'entretien
- II. Comptes rendus d'entretiens

Grille d'entretien

- Elaboration du plan de formation
 - Détermination des besoins (individuel, collective, objectifs internes/externes)
 - Budget de formation
 - Nombre d'agents formés
 - Axes de la politique de formation de l'établissement

- Evaluation de la formation
 - Dispositif d'évaluation ? critères ? par qui ?

- Adhésion des agents/ projet de formation
 - Information et communication sur le plan de formation
 - Travail sur les valeurs de l'établissement
 - Participation à l'élaboration
 - Modèle de validation du plan

- Formation et changements
 - Anticipation/accompagnement
 - Changements
 - ❖ Organisation du travail
 - ❖ Réseaux et fusions
 - ❖ Technologie
 - ❖ Démographie (retraite et perte d'identité)
 - ❖ Risques et crises
 - ❖ Qualité accréditation

- Populations formées
 - Catégories grades
 - Métiers
 - Secteurs
 - Formation médicales

- Temps de formation
 - Pris sur le temps de travail

- Crédits de remplacements spécifiques
- Cellule de formation

- Formateurs
 - Externes et internes
 - Liens avec l'ANFH

- Commission de formation
 - Composition (lien avec le CTE et CME)
 - Outils permettant de définir la politique de formation

- Budget et formation
 - Comment intègre-t-il la formation
 - Adéquation validation du plan exécution des formations

- Prospective
 - Quelles politique de formation face aux nouveaux défis

Conclusion

Quels liens entre formation et santé publique ?

(Impact de votre politique de formation sur la santé publique)

COMPTE RENDU

Interview du 18/09/03

L'établissement comporte un EHPAD de 72 lits, un SSIAD de 30 places, un service de portage de repas à domicile, une offre de familles d'accueil.

Il emploie une soixantaine d'agents.

- Limite budgétaire en matière de formation

La marge de manœuvre de l'établissement en matière de formation continue est relativement limitée car le budget est serré : seulement 17 journées de formation par an peuvent être financées. Le directeur ne peut prévoir de crédits de remplacement ; de ce fait, les plannings de formation sont organisés de façon à ce que les services ne soient pas trop démunis d'agents. D'autre part, il n'est pas possible de prendre en charge des formations " études promotionnelles" qui grèveraient le budget de façon trop importante.

Le directeur sollicite des subventions auprès de partenaires tels que la Fondation de France ou des mutuelles pour financer des formations complémentaires.

- Elaboration du plan de formation

Les besoins individuels sont recueillis lors de l'entretien annuel d'évaluation avec le directeur. Le plan de formation est ensuite élaboré en fonction des priorités fixées par le directeur et des demandes émanant des agents.

Le cadre aide le directeur à élaborer le plan (relais dans les services).

Le plan est soumis au comité technique d'établissement pour avis.

- Actions de formation

Les différents types de formations proposées sont les suivants :

- *les formations liées au projet d'établissement* (environ 10 agents sur 60)

ex : la prise en charge des personnes désorientées, le projet de vie...

- *des formations axées sur des situations de crise*

ex : les gestes qui sauvent, formation-incendie

- *des formations en interne*

Elles sont assurées par le directeur (formation sur les principes et les enjeux des élections aux CAP et CTE, formation sur les acteurs et les mécanismes du financement de l'établissement, formation informatique....) et par l'animatrice (formation des bénévoles, formation des agents sur la relation avec l'utilisateur et les familles...).

- *des formations personnalisées*

ex : pâtisserie, couture, préparation de la paie...elles répondent à une demande plutôt "matérielle" des agents

Un essai de formation "Culture générale et Communication" suivie par un agent n'a pas été concluant.

- *des formations proposées gratuitement par l'ANFH*

- Spécificités de l'établissement

D'une part, le directeur reconnaît qu'il est relativement facile d'impulser des projets ou des formations. En effet, depuis une dizaine d'années, des projets et des formations ont été mis en place (la maison de retraite arrive à la fin de son deuxième projet d'établissement).

Les agents sont très volontaires pour constituer des groupes de travail, très participatifs. Le directeur n'a pas vraiment de difficultés à obtenir leur adhésion aux projets.

Il parle même d'une "culture d'établissement" intégrée par les agents. Les agents ont compris (ou acceptés) la place centrale de la personne âgée dans le dispositif d'organisation de la prise en charge. Ils assurent eux-

mêmes le respect de la philosophie et des orientations du projet d'établissement en dénonçant certains écarts par rapport au projet.

D'autre part, un effort de satisfaction du besoin de reconnaissance des individus est fourni par le directeur. En effet, il a ressenti la nécessité de remercier les agents pour ce qu'ils font de bien et s'efforce de le faire régulièrement, à différentes occasions (mot de remerciement aux fêtes, valorisation de l'amélioration mise en place dans le service...)

- Faiblesse de l'évaluation

L'évaluation reste très globale. Pas de questionnaire distribué, pas d'indicateur précis dégagé. Le directeur apprécie la portée de la formation via le ressenti des agents. Ex : meilleure sécurisation des agents (moins de stress) grâce à la formation des gestes qui sauvent...

Compte-rendu d'entretien du 18/09/2003

CHU de Nantes

- **Contexte général**

Le CHU de Nantes a mis en place une politique de gestion de proximité. Depuis 1998, des pôles ont été constitués: il existe 15 pôles cliniques et 4 pôles administratifs et logistiques. Les pôles cliniques sont dirigés par des médecins chefs de pôle assistés par un cadre supérieur de santé et un cadre administratif.

- **L'élaboration du plan de formation**

Bien qu'organisé en pôles, le CHU de Nantes n'a qu'un seul plan de formation constitué par:

- Les actions transversales ou institutionnelles communes à l'ensemble du CHU.
- Les actions de pôle

→L'expression des besoins:

En 2001, des besoins pluriannuels ont été recensés.

- *besoins individuels*: 3 besoins pour 3 ans par agent (démarche qualité) repérés par l'encadrement lors de l'entretien annuel d'évaluation. Le cadre est chargé de déterminer s'il existe un écart entre le profil professionnel existant de l'agent et le profil requis pour un poste donné. Il s'agit d'apprécier si cet écart peut être comblé par la formation.
- *besoins collectifs*: un plan de communication du département d'ingénierie en formation a été mis en place pour fédérer les pôles autour de ce recueil: réunions, courriers aux directions de pôles et de sites, communication des outils de recueil et d'un échéancier. Un cadre a été fixé: tenir compte des priorités du projet d'établissement, du projet de soins, du projet de pôle, catégoriser les besoins transversaux et spécifiques (liés à l'activité du secteur) ainsi que des priorités.

La plus-value recherchée est d'être au plus près des besoins du terrain.

Des responsables formation de pôle ont été formés à l'élaboration de tels projets de formation (2x2 jours, élaboration, mise en œuvre et évaluation du plan de formation de pôle). La procédure a été mise en accord avec les normes AFNOR en matière de formation professionnelle.

Une formation stratégique a également été délivrée pour:

- dégager les priorités
- les décliner dans les unités et les discuter par équipes.

Il faut souligner que des conseils de pôles ont été créés représentant tout le personnel pour discuter notamment de cette matière.

→ priorisation et négociation:

Une fois ce recueil effectué, ces besoins sont traités par le service formation qui effectue un comptage, dégage des prédominances dans les demandes du terrain par rapport aux orientations institutionnelles.

Les priorités de terrain et institutionnelles sont croisées: environ 60% des orientations de terrain croisent l'institutionnel.

Le tout est mis en regard de l'enveloppe budgétaire et la cellule formation fait des premiers choix qui seront discutés par la commission formation, émanation du CTE (pas de représentants de la CME).

Chaque plan de pôle est ensuite négocié en 2 temps:

- 1/ évaluation de la qualité et de l'exécution du plan n-1
- 2/ négociation du plan n

- **Populations:**

Il est veillé à la formation des catégories C, notamment pour l'accès à des qualifications (CAP, permis, habilitations...). Ils paraissent en effet avoir du mal à exprimer leurs besoins. Toutefois, en leur sein, les personnels techniques expriment mieux leurs besoins et bénéficient de nombreuses formations

43,20 % du personnel est formé dans le cadre de groupes mélangeant tout le personnel. (catégorie A, B et C)

Un effort doit encore être réalisé pour renforcer les formations en direction des personnels administratifs.

- **Evaluation:**

Elle se fait sur 3 grands axes:

- évaluation de l'action de formation: appréciation du degré de satisfaction
- appréciation des effets (6 mois à 1 an)
- évaluation du plan de formation du pôle

Les responsables de formation des pôles ont été formés à l'évaluation par un organisme extérieur.

Quand un nouveau formateur ou une nouvelle formation anime une première formation, celle-ci est évaluée par l'ingénierie en formation (risques d'emprise mentale, qualité de l'intervenant).

En ce qui concerne l'évaluation différée, celle-ci relève de la direction des soins afin d'obtenir une évaluation pertinente de l'évolution des comportements.

La responsable formation invite également chaque stagiaire à évaluer la formation reçue par écrit individuel pour éviter toute influence extérieure sur l'opinion du formé puis par oral en groupe. Grâce à cette démarche, il est possible de réajuster les formations en fonction des besoins affinés lors de cette évaluation.

- **Exemples de formation s'adressant à l'ensemble du personnel:**

- connaissance institutionnelle (statut, instances, missions...)
- protection sociale
- développement personnel:
sophrologie, gestion du stress, relation d'aide, formation au toucher.

Pour l'accompagnement de la gestion par pôles, des formations à la conduite du changement ont été mises en œuvre à destination de l'ensemble de l'encadrement depuis 5 ans par groupes pluridisciplinaires.

Concernant la formation médicale continue, les médecins cherchent à être formés et le service formation cherche à cibler des formations pour lesquelles la présence de médecins est souhaitable. Une articulation entre formation médicale continue et formation non médicale continue doit en effet être trouvée. Les établissements sont d'ailleurs en attente d'orientations du ministère à ce sujet.

Les médecins chefs de pôle ont été formés à la gestion de pôle.

- **Financement:**

Le CHU cotise à l'ANFH à hauteur du montant légal et a un droit de tirage de 83%.

Le budget est alloué pour moitié aux actions institutionnelles, pour moitié aux actions de pôle.

- **Prospective:**

En vue des départs en retraite, les groupes formés ont été doublés.

Un développement de l'e-learning est envisagé pour la formation en matière de vigilances.

La formation en communication interne doit également être privilégiée.

Compte-rendu d'entretien

CH Châteaubriant

Entretien du 17 septembre 2003

1. Présentation et élaboration du plan de formation

- Présentation

Le plan de formation comprend deux axes :

- Un axe institutionnel, défini en juin de chaque année par la direction en fonction des priorités. La direction le présente ensuite aux cadres (approche top-down)
- Un axe participatif répondant aux demandes des agents

- Elaboration

Pour ce qui est du 2^{ème} axe du plan de formation, il repose sur les besoins formulés par les agents lors des entretiens individuels d'évaluation avec le cadre. Ce dernier retient les demandes jugées comme prioritaires au sein du service.

Ensuite, le cadre fait remonter aux correspondants du pôle de formation qui arbitrent en fonction de l'enveloppe budgétaire.

La commission de formation, émanation des secteurs d'activité et des représentants du personnel, donne son avis sur les choix opérés que le CTE valide en dernier lieu.

2. Evaluation déficiente mais en développement

L'évaluation est difficile. Elle repose seulement sur des questionnaires de satisfaction en fin de formation et sur les entretiens d'évaluation avec le cadre.

Cependant, un projet d'évaluation de la formation dans le CH de Châteaubriant est en cours. Il repose sur une double logique :

- Intervenir en amont pour élaborer des cahiers des charges détaillés avec des objectifs précis ainsi qu'une définition précise des attentes de ces formations
- Intervenir en aval en privilégiant les relais sur le terrain, à savoir les cadres des différents services qui pourraient se rencontrer entre eux et avec le service de la formation 3 mois après une formation pour voir l'évolution apportée dans les services. Un compte-rendu de ces rencontres remontrait ensuite à la direction.

De façon plus générale, des pistes d'amélioration de l'évaluation ont été données, notamment la constitution d'un réseau de responsables de formation inter-établissement ayant pour objectifs de voir les évolutions apportées dans l'établissement par les différentes formations.

3. Financement et bilan social

- Au CH de châteaubriant, 2,40% de la masse salariale sont consacrés à la formation continue. Toutefois, ce budget a été dépassé ces deux dernières années, pour des raisons conjoncturelles telles que le Protocole Aubry sur la promotion professionnelle.

Sur 2,40%, 1 point représente la cotisation à l'ANFH, 0,20 les congés de formation professionnelle et 1,10 la part du budget de l'hôpital consacré à la formation continue.

- En 2002, 395 agents sur 470 ont suivi une formation, soit 84%. Toutefois, ce pourcentage englobe des formations d'importance inégale, de quelques heures à plusieurs jours ou mois (pour la formation des cadres par exemple).
- Ces formations concernent l'ensemble des agents, de l'hôpital, de la maison de retraite et de la MAPA. Des formations communes sont organisées pour ces agents des diverses structures, et sur le temps de travail. Par contre, aucune formation n'est aujourd'hui prévue pour anticiper les changements produits par le rapprochement avec la clinique en 2006. De même, peu de médecins participent aux formations.

4. Exemples de formation

- *Formations en vue de l'adaptation aux changements*

- Formation préparant à la démarche qualité et à l'accréditation

Des formations d'ordre général ont été dispensées à l'ensemble du personnel. Puis des groupes de pilotage se sont constitués (médecins, soignants) sur la base du volontariat, et qui ont reçus une formation plus spécifique par un cabinet d'audit.

- Formation sur la tarification à l'activité

Pour anticiper et préparer la mise en place de la tarification à l'activité en janvier 2004, les cadres ont reçus une formation

- Formation linguistique, notamment en anglais, pour faciliter l'accueil de patients étrangers

- *Formation « connaissance générale de l'hôpital »*

Instituée en 2001, cette formation sur la connaissance de l'organisation et du fonctionnement de l'hôpital a pour objectif de permettre des échanges entre les différents secteurs hospitaliers : soignants, administratifs, logistiques. Lors de sa mise en place, cette formation s'adressait essentiellement aux nouveaux arrivants dans l'hôpital. Le public s'est par la suite élargi à l'ensemble du personnel, volontaire. Au vu des demandes pour suivre cette formation et des témoignages des agents mettant en évidence leur satisfaction, on peut considérer que c'est un véritable succès. Cette formation aurait facilité le travail quotidien des agents (en s'adressant au bon service par exemple) mais aussi favorisé les travaux collectifs.

Concrètement, cette formation est dispensée en interne par les responsables des différents services qui présentent leur service. Le programme comprend :

- La présentation du centre hospitalier de Châteaubriant par le Directeur Général de l'établissement
- La présentation des différentes directions par les directeurs respectifs
- La présentation de l'organisation et de l'activité médicale du centre hospitalier par le Président la CME
- La gestion du patient hospitalisé
- Le statut du personnel médical, hospitalier
- Des visites de l'hôpital (services techniques, cuisines...)

5. Entretien avec des agents ayant suivi des formations

- *Un manipulateur radio (catégorie B)*

Les formations suivies par cet agent lui ont permis de s'adapter aux changements technologiques, voir de les anticiper. Ces formations répondent à une demande

individuelle de l'agent mais aussi à des demandes collectives pour suivre les évolutions techniques du service.

Cet agent dresse un bilan positif des formations suivies mais souligne le manque de valorisation de ces formations. Ce manque de reconnaissance peut expliquer la réticence de certains agents à suivre des formations. Un moyen de motiver les agents serait donc de développer la reconnaissance des formations et des expériences pour que l'agent y trouve un intérêt.

- *Un cadre Kinésithérapeute, membre de la Commission de formation (catégorie A)*

En tant que membre de la commission de formation, cet agent remarque une évolution positive dans le rôle joué par la commission. D'une simple chambre d'enregistrement elle a évolué vers une instance ayant un pouvoir d'initiative et d'orientation pour les choix de formation.

Toutefois, il soulève quelques points faibles, notamment les difficultés à exploiter les connaissances apportées par les formations dues au manque d'anticipation des changements dans le service suite aux formations. Ces difficultés concernent plus précisément le manque de matériels qu'un agent formé aurait besoin pour appliquer les connaissances acquises.

- *Un agent administratif : une standardiste (catégorie C)*

Le formation des agents administratifs présente des difficultés du fait qu'aucun crédit de remplacement n'est prévu pour ces agents en formation.

Toutefois, cet agent, au coeur du changement au sein de l'hôpital par sa situation stratégique, a pu suivre des formations pour s'adapter à ces changements (formation sur l'accueil, la gestion de crises...).

Compte-rendu d'entretien

CH Saint-Malo (Ille et Vilaine)

Entretien du 18/09/2003

- *Contexte général*

Le centre hospitalier de Saint-Malo a une capacité d'accueil de 991 lits et emploie 1640 agents dont 1470 personnels non médicaux. L'hôpital est structuré en fédérations.

La formation continue représente, pour l'année 2003, un volume financier de 363.880 euros. Ce chiffre ne prend pas en compte les études promotionnelles (scolarité cadre, IDE, AS, IBODE, IADE,...).

La formation continue est donc un enjeu important pour la centre hospitalier et un levier au service de la politique stratégique de l'établissement. Il a donc été mis en place récemment une maison de la formation qui a un rôle à part au sein de la direction. La gestion administrative est assurée par une attachée d'administration hospitalière et de deux secrétaires (1,3 ETP).

- *Présentation du plan de formation*

Pour l'élaboration de son plan de formation, le centre hospitalier de Saint-Malo s'appuie essentiellement sur l'équipe dirigeante et sur les cadres des différents services et fédérations.

Ainsi à partir du mois d'avril, l'équipe de direction détermine les objectifs institutionnels en terme de formation continue en tenant compte d'une part des axes du projet d'établissement ou du COM et d'autre part de la politique nationale (circulaire ministérielle, programme régional,...).

Courant juillet, Ces priorités institutionnelles sont transmises aux cadres qui définissent, avec les chefs de service, leur projet collectif de formation qui doit s'inscrire dans le projet de service. De plus, lors des entretiens individuels d'évaluation, les agents ont la possibilité de faire part de leurs souhaits de formation individuelle.

Ainsi, au mois de septembre la direction du personnel reçoit toutes les fiches collectives et individuelles de demande de formation et construit le « pré-plan » de formation pour l'année n+1.

Le service de la formation étudie alors avec la direction des soins infirmiers et les cadres des services les différentes demandes (collectives et individuelles) en fonction des priorités institutionnelles et du droit de tirage attribué à chaque fédération (sauf projets transversaux).

Une fois élaboré dans le détail, le projet de plan de formation est présenté courant du mois d'octobre à la commission de la formation (ex comité pédagogique local) réunissant les partenaires sociaux, un praticien hospitalier et l'administration. Lors de cette commission sont débattus des thèmes de formation proposés ainsi que de leur pertinence vis à vis des attentes des agents et de l'institution.

La validation par la commission de la formation permet un passage rapide devant le CTE qui émet un avis sur le projet de formation ainsi amendé (novembre).

Le plan de formation est ensuite validé au mois de décembre.

- *Un essai de mise en place d'une méthodologie d'évaluation*

Lors de la mise en place d'une formation pluriannuelle sur le management d'équipe et la conduite de projet destinée à l'ensemble des cadres ou assimilés, le centre hospitalier de Saint-Malo a souhaité, dès l'élaboration du cahier des charges, mettre en place une méthodologie d'évaluation pour connaître les mesures d'impact de cette action de formation.

Il a été demandé à l'organisme formateur de proposer un outil d'évaluation différé. Il s'agit en fait d'un questionnaire d'évaluation reprenant les différents thèmes abordés lors de la formation. Ce questionnaire, accompagné d'une lettre, a été adressé par la direction aux cadres 4-6 mois après leur formation. Les agents pouvaient répondre de manière anonyme ou nominative. Une synthèse des réponses a été réalisée par le service de formation et communiquée aux participants.

Cet essai a permis d'ajuster cette formation pluriannuelle avec la prise en compte des remarques des participants. L'absence du formateur a contribué à une critique plus libre contrairement à l'évaluation « à chaud ». Les échanges sur la base de la synthèse ont été très riches et ont permis un véritable dialogue entre les cadres et la direction. Cette évaluation différée a ainsi permis aux cadres de prendre du recul et de se positionner différemment par rapport à la formation.

Le bilan de cette démarche a donc été jugé positif même si des limites persistent au niveau de la trop grande subjectivité du questionnaire ou de l'importance de l'investissement demandé.

- *La non-implication du corps médical*

Les médecins du centre hospitalier de Saint-Malo ne sont pas du tout impliqués dans le plan de formation alors que celui-ci se fédère autour des projets de service ou de fédération.

Ce manque d'implication est source de non adéquation entre les demandes et les offres de formation.

L'inexistence de plan de formation médicale pose également des problèmes en terme de stratégie institutionnelle.

- *Formation et changements*

La direction du personnel veille à accompagner les changements par des actions de formation mises en place suffisamment en amont. Par exemple, lors de la création du service de blanchisserie inter hospitalier Saint-Malo – Dinan, les agents ont été envoyés en formation CAP blanchisserie pour se former à leur nouvel outil de travail.

- *Fonction politique de la formation*

Le plan de formation veut s'appuyer sur une vision à long terme.

Pour autant le centre hospitalier rencontre deux problèmes majeurs :

- La mise en place de la RTT a considérablement réduit les départs en formation par manque de remplacement. L'hôpital a été contraint de demander à l'ANFH de Bretagne de reporter son droit de tirage non utilisé.
- La mise en place de la RTT a également impacté sur le contenu des formations proposées. Les formations touchant au développement personnel ou à la communication ne sont pas ou peu abordées.

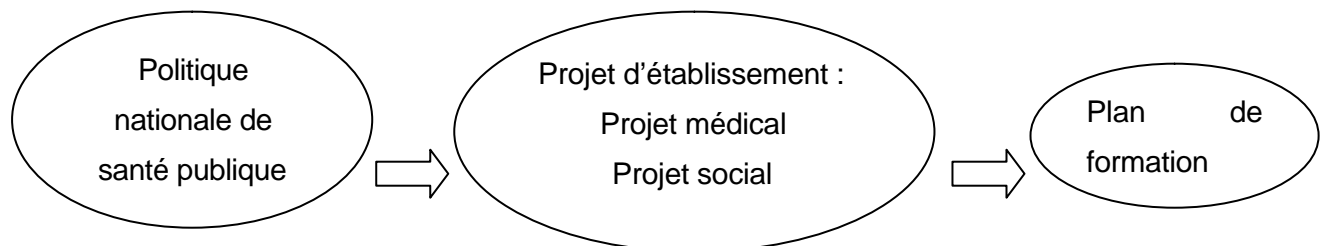
Compte-rendu d'entretien

CH Cornouaille (Quimper, Concarneau)

Entretien du 11/09/2003

- *Présentation du plan de formation*

L'ANFH Bretagne a mis en place des formations pour tous les établissements adhérents pour professionnaliser l'élaboration des plans de formation destinés aux membres des équipes de direction, aux responsables formation, aux syndicats, pour améliorer l'évaluation des besoins et adapter le plan au projet d'établissement et aux projets de service.



Le plan de formation est également élaboré à partir de projets collectifs présentés par les cadres en fonction des compétences et des besoins du service.

Une demande de formation ne sera acceptée que si elle s'inscrit dans un projet collectif c'est-à-dire dans les besoins de l'hôpital.

Si une demande directe est adressée au responsable formation, elle est mise en rapport avec les besoins de l'hôpital. ou orientée vers le Congé de Formation Professionnelle. Par ailleurs, le cadre rapporte au service formation les besoins individuels détectés lors de l'entretien annuel d'évaluation.

Les projets sont discutés en conseil de service : ce sont donc des « projets partagés ».

Ce type de plan de formation a été mis en place il y a relativement longtemps, en association avec les partenaires sociaux. Les formations se déroulent sur le temps de travail (mis à part les préparations aux concours et examens) et donnent lieu à remplacement.

Par ailleurs, des projets de secteur (ex : chirurgie) peuvent se superposer et intégrer des projets de service.

- *Une évaluation difficile et quasi inexistante*

Seule l'évaluation à chaud est réellement pratiquée, l'évaluation à froid est rare et reste à développer.

Les objectifs opérationnels n'étant pas définis de manière assez stricte, ils sont très durs à évaluer. En outre, certains buts poursuivis le sont à long terme et de manière diffuse (ex : formations culture générale).

Cependant, certains éléments peuvent être éclairants :

- demandes de changement de service (mobilité encouragée par la direction)
- réussites au concours
- bilans des formateurs

- *L'implication du corps médical*

Les médecins se sont impliqués depuis peu dans le plan de formation et ce, rapidement.

Ils ont ainsi participé à 3 formations importantes :

- l'accueil en gynécologie-obstétrique
- l'accueil en radiologie
- mise à plat des pratiques en pneumologie

La base de cette implication est le volontariat. Certains thèmes sont pourtant délicats tels que l'accueil qui touche les médecins dans leur mode d'organisation.

Ces médecins sont de tous profils. Ils ont exprimés leur grande satisfaction quant à ces formations.

Ils ont également participé à des formations pour l'accréditation et sont demandeurs de formation de gestion dans le cadre d'Hôpital 2007 (délégation de gestion à des chefs de pôle médecins).

Ceci semble être le fruit de leur implication par la direction dans tous les grands projets institutionnels. A l'instar des syndicats, ils siègent à la commission formation.

- *Formation et changements*

La fusion Quimper-Concarneau n'a pas donné lieu à des formations spécifiques. Cependant, le service formation veille à mélanger les équipes des deux sites pour les formations offertes à l'ensemble du personnel.

En outre, des formations communes avec d'autres établissements sont organisés (CH Douarnenez) : préparation de l'école des cadres, infections nosocomiales du fait du travail en réseau des hygiénistes.

Selon M. , pour impulser le changement, il faut mêler toutes les catégories de personnel en formation.

Ex : démarche qualité = soignants + médecins

La formation reste pour autant une dépense importante pour des résultats difficiles à évaluer .

Aucune formation n'est à ce jour prévue pour accompagner les nombreux départs en retraite à venir et pallier la déperdition des savoirs et la perte d'identité de l'établissement.

- *Financement et statistiques*

Au CH Cornouaille, environ 3% de la masse salariale sont consacrés à la formation.

1.700 départs en formation sont comptabilisés sur 2.400 agents.¹⁵

Environ de 5 à 8% de moins de départs pour la catégorie C par rapport à la catégorie B.

Au niveau national, les écarts sont encore plus importants : plus le niveau de formation initiale d'un individu est élevé, plus sa demande en formation continue est élevée.

Les projets collectifs développés au CH Cornouaille sont censés contrecarrer cette loi sociologique.

Toutes les formations (à l'exception des préparations aux concours et examens à 50%) se déroulent sur le temps de travail.

- *Disparités entre secteurs*

Les services administratifs sont les parents pauvres de la formation.

Pour autant, un effort de transversalité est à noter. Ainsi, concernant l'accréditation, les différents secteurs, métiers et grades ont été mêlés autour de projets collectifs.

Dans le cadre de restructurations, les services techniques ont fait l'objet de réflexions sur les métiers, sur le choix spécialisation / polyvalence.

¹⁵ Attention : à un même agent peut correspondre plusieurs départs en formation.

- *Formations concernant les crises*

Ces formations sont obligatoires, répondant à des obligations réglementaires et leur importance dépend de la ville où est situé l'hôpital (grandes villes et CHU référent pour Biotox par ex.).

- *Fonction politique de la formation*

Le plan de formation du CH s'appuie sur une vision à long terme.

→ culture générale, histoire et philosophie des religions, connaissance des institutions républicaines : faire de l'agent un citoyen responsable, conscient de ses devoirs.

→ formation sur les ordonnances de 1996 dans le cadre de « développement personnel / communication ». Impulsé par l'ANFH Bretagne. Visite d'usines de la région en vue de comparer d'autres modes d'organisation du travail, visite de tribunaux et assistance à des procès d'assises, travail sur la presse et exposés etc..

Ce type de formation ne peut être assuré que par un intervenant extérieur du fait de sa neutralité.

Ce plan de formation a été voté à l'unanimité par les syndicats.

Il est mis en œuvre par une cellule formation.. Cette cellule doit rester un lieu neutre. Le responsable formation ne doit pas faire de choix. Il n'est ni évaluateur des besoins ni évaluateur des effets de la formation : cela appartient au cadre de proximité.

Le projet formation est envoyé dans chaque service, à l'attention du cadre et à l'attention de l'équipe. Aucun crédit formation n'est donné aux services. Les responsables formation conservent ainsi le libre choix des projets qui méritent d'être financés.

Compte rendu de l'entretien réalisé au siège de l'ANFH Bretagne le 19 septembre 2003

L'entretien a été accordé par M. _____ directeur d'Hôpital ayant exercé des fonctions de DRH en établissement hospitalier et détachée en cours d'année 2003 sur le poste de délégué régional de l'ANFH Bretagne. Plusieurs points ont été abordés lors de l'entretien :

- **Organisation et rôle de l'ANFH :**

L'ANFH « Association Nationale pour la Formation Permanente du Personnel Hospitalier » est une association à but non lucratif régie par la loi du 1^{er} juillet 1901. Cette association a été créée en 1974 à l'initiative du ministère de la Santé, de la Fédération Hospitalière de France et des organisations syndicales représentatives des différentes catégories de personnel hospitaliers. L'association dispose d'un siège national et de 25 sections régionales.

L'ANFH est chargée d'assurer une gestion mutualiste des fonds relatifs à la formation déposés par ses adhérents et d'élaborer une politique de formation continue au plan régional. La définition de cette politique permet de proposer aux établissements hospitaliers et médico-sociaux adhérents une offre de formation après sélection des prestataires de services intervenant dans ce secteur d'activité, le plus souvent au terme d'une procédure de mise en concurrence. L'ANFH n'est pas un organisme de formation et ne dispense de ce fait aucun enseignement par elle-même. L'ANFH est également chargée de la gestion des fonds relatifs au congé de formation professionnelle auquel les établissements doivent consacrer 0.20 % de leur masse salariale.

Le financement des activités de l'association ainsi que des formations proposées est assuré par le recueil de cotisations auprès des établissements adhérents. Si tout établissement sanitaire ou médico-social est tenu de consacrer 2.1 % de sa masse salariale à la formation continue, l'adhésion à l'ANFH n'est pas pour autant une obligation. Pour la région Bretagne, 121 établissements adhèrent en 2001 sur 137 établissements

pouvant adhérer. Le montant de la cotisation s'élève à 1 % de la masse salariale au titre des actions de formations continues, et 0.20 % de la masse salariale au titre du financement du congé de formation professionnelle. 90 % des sommes prélevées sont employées au financement de la politique de formation régionale, 10 % sont réservés au financement des actions nationales.

Le fonctionnement de l'ANFH repose sur **deux principes** : Le paritarisme et la mutualisation.

- **Le paritarisme** : Les instances de l'association sont composées en nombre égal de représentants de l'administration et des organisations syndicales. Trois instances interviennent dans le fonctionnement de l'ANFH :
 - Le Conseil Pédagogique Régional (CPR) chargé d'étudier les plans de formation présentés par les établissements et de proposer la mise en place d'actions de formation inter-établissements. Sa compétence est uniquement consultative.
 - Le Conseil Régional de Gestion (CRG) chargé de décider de la prise en charge du financement des plans de formation proposés par les adhérents après avis du CPR et de définir la politique de la section régionale de l'ANFH. Sa compétence est décisionnelle.
 - Le Comité de Gestion Régional (CGR) chargé de la gestion des fonds relatifs au Congé de Formation Professionnelle. Il s'agit d'un organe de décision.
- **La mutualisation** : La fixation de l'enveloppe réservée au financement des plans de formation des établissements est déterminée par application d'un coefficient inversement proportionnel au montant des cotisations versées par chaque adhérent. Ainsi s'opère une redistribution des moyens au profit des établissements de taille modeste.
- **Orientation du plan de formation de la région Bretagne** :

Le plan d'action régional défini par l'ANFH intègre à la fois des orientations définies au plan national et des synthèses de demandes émanant des établissements adhérents. pour l'année 2003 le plan se décline en 5 axes :

- Développer l'efficacité de la formation continue dans les établissements adhérents.
- Promouvoir la formation dans la mise en œuvre des coopérations.
- Articuler les axes de la politique régionale avec les priorités de santé publiques régionales.
- Intégrer les objectifs personnels dans la politique de formation régionale.
- Apporter une prestation de service et d'assistance dans la réflexion des établissements.

L'ANFH finance pour l'essentiel des formations transversales et par conséquent peu de formations relatives à des catégories de personnel ciblées. On note un déficit en formation relative à l'expression de la citoyenneté en établissement, c'est à dire sur les droits des usagers. Pour 2004, le plan de formation régional devrait intégrer des formations relatives aux nouveaux risques bactériologiques et chimiques.

- **Catégories d'agents concernées par l'action de l'ANFH :**

Les plans de formation financés par l'ANFH concernent pour l'essentiel les personnels soignants au détriment du personnel administratif et technique. La formation des médecins n'est pas prise en charge par l'ANFH.

- **Contenu des formations « Être fonctionnaire à l'Hôpital » et « Développement personnel et communication » :**

La formation «Être fonctionnaire à l'Hôpital» dénommée également « multi-plus » a pour objectif de donner aux cadres des établissements de Santé des outils pédagogiques leur permettant de former des agents de leur établissement sur le thème de l'appréhension de l'Hôpital et du fonctionnement du système de santé en France. Le contenu de cette formation est le suivant :

Situer le système de santé et plus particulièrement l'Hôpital dans son environnement économique et social.

- Identifier les composantes du système de santé, ses principales règles du jeu et dégager quelques caractéristiques du système de santé français sur le plan de son organisation, de son fonctionnement et de ses résultats.
- Repérer les principales règles d'organisation et de prise de décision dans le domaine sanitaire.

La formation « Développement personnel et communication » a pour but de permettre aux agents hospitaliers d'améliorer leurs connaissances générales afin de mieux s'adapter à leur environnement professionnel et personnel et de développer leur capacités d'expression et de communication. Le contenu de cette formation repose sur 4 axes :

- Expression et communication ;
 - Logique – mesure de l'environnement ;
 - Monde actuel et culture générale ;
 - Connaissance du monde de la santé.
- **L'évaluation des programmes de formation proposés par l'ANFH :**

La question de l'évaluation des actions de formation financées par l'ANFH a été évoquée.

Il n'existe pas à l'heure actuelle de dispositif global d'évaluation. L'évaluation se fait sous la forme d'un questionnaire de satisfaction remis à l'issue de chaque formation. La mise en place d'un dispositif d'évaluation plus élaboré est envisagée, toutefois, le conseil régional de gestion de l'ANFH Bretagne refuse pour l'instant le recours à une consultation privée pour la mise en place d'un tel dispositif.

Compte rendu de l'entretien

CHU de Rennes

La formation est un outil permettant d'accompagner les évolutions des différents secteurs d'activité de l'hôpital par un développement des compétences permettant une adaptabilité constante des agents aux situations de travail. Quelque soit le poste concerné l'agent sera alors en mesure d'apporter les bonnes réponses.

Elaboration du plan de formation :

Recueil des besoins/ définition des priorités

Les besoins en formation individuels et collectifs remontent des services. A la demande de la que la direction les cadres doivent identifier les évolutions à venir pour leur service et faire savoir à la direction quelles formations vont pouvoir accompagner ces évolutions. Pour rendre efficiente le recensement mais surtout l'analyse des besoins il convient d'avoir des cadres formés en amont.

Le moment de l'entretien d'évaluation préalable à la notation semble être un moment privilégié, même s'il n'est pas encore utilisé à cette fin, pour permettre au cadre d'évoquer avec l'agent ses objectifs professionnels et de repérer ses éventuels projets ainsi que ses aptitudes. Elle permet également à l'agent d'envisager avec son cadre les différentes étapes à franchir en vue de réaliser son projet.

Présentation du pré plan

Il est présenté en CME CTE CLIN en fin d'année et diffusé au début de l'année suivante il y a alors une participation des cadres à l'élaboration du cahier des charges et une consultation auprès des organismes de formation est organisée.

Validation

Il existe une commission de la formation émanation du CTE comprenant les représentants du personnel ainsi que les correspondants administratifs du personnel.

Evaluation

Si elle est assez aisée dans le domaine des formations actions limitées à un seul service et précédées par un diagnostic facilitant la mise en œuvre d'outils d'évaluation ; il n'en va

pas de même pour les autres modes de formation dont l'impact sur les pratiques demeure difficile à mesurer.

La politique de formation :

Les priorités

Les priorités en matière de formation sont déterminées par les cadres en lien avec la direction de chaque site elle même en lien avec la direction générale. Ces priorités sont sous tendues par une logique institutionnelle visant à répondre aux besoins collectifs, de service mais aussi individuels, dans le cadre du projet d'établissement et inspirées de la circulaire relative à la formation continue en milieu hospitalier qui parait chaque année.

Les modalités

Il avait été constaté que le fait d'envoyer une ou deux personnes en formation restait insuffisant pour changer les pratiques surtout si ces formations avaient lieu en dehors d'un projet défini.

Au CHU une stratégie de projet a donc été mise en place donnant ainsi une valeur ajoutée aux formations engagées dans ce cadre. Quand le projet le permet une personne du service devient référente dans un domaine, en lien avec le cadre et le chef du service concerné, elle suit alors une formation approfondie puis revient animer des sessions auprès de ses collègues en interne.

Il y a également des formations dispensées par des intervenants extérieurs à l'établissement.

Elles permettent de mettre en présence des groupes de travail pluridisciplinaires lors de formations sur les statuts permettant à chacun de connaître le fonctionnement de l'établissement et l'environnement dans lequel il travaille. Ce qui représente un intérêt stratégique car cela peut susciter chez les agents une prise de conscience des contraintes institutionnelles.

Le budget :

La formation des non médicaux

1% de la masse salariale 50% de cette enveloppe est répartie par site et par service au prorata de l'effectif le reste étant réservé aux actions institutionnelles plus larges. Mais cette logique d'enveloppe budgétaire répond davantage à une obligation sociale qu'à un réel souci d'utiliser la formation comme outil du changement.

100% de la formation se déroule sur le temps de travail mais les remplacements n'ont pas un caractère systématique ce qui explique les tensions au niveau des planning et les difficultés rencontrées pour organiser les départs en formation suite à la mise en place des 35h

La formation médicale

Elle représente 0.4% de la masse salariale des médecins mais 75% est consacré aux formations individuelles sous forme de congrès.

L'approche quantitative

En 2002 4664 départs en formation
 27710 journées de formation

En 2001 8065 départs en formation
 29091 journées en formation

Conclusion

La formation reste encore au CHU une réponse à un besoin il n'y a pas réellement d'ingénierie de formation. La gestion est plus souvent administrative que stratégique (pour exemple les question de formation ne sont encore que rarement abordées durant les réunions du comité stratégique de l'établissement).

Pour le directeur le fait de faire de la formation un outil doit relever d'un choix politique et doit être considéré comme un investissement même si le retour sur investissement est difficilement mesurable de façon immédiate.

COMPTE RENDU D'ENTRETIEN C.H. GUINGAMP.

L'intégralité de l'équipe de direction a moins de quatre ans d'ancienneté dans l'établissement. Un projet d'établissement vient d'être établi. La politique formation continue est en cours de restructuration complète.

- *Elaboration du plan de formation.*

- Détermination des besoins : Pour M. tout est une question de hiérarchisation des priorités. Les besoins collectifs priment. L'intégration des priorités nationales de santé publique se fait « naturellement » : elles sont déclinées régionalement dans les SROS, eux mêmes intégrés dans le projet d'établissement, lequel détermine le projet de formation.

Classiquement, quatre types de besoins sont à recenser dans un plan de formation :

- 1- les axes de développement stratégique de l'établissement,
- 2- les axes de développement des secteurs d'activité (ex : médico-tech...)
- 3- les objectifs de spécialité,
- 4- les objectifs individuels.

Pour lui, les besoins 2 s'effacent, restent les besoins 1, 2, 3. Parmi eux, les besoins 1 sont surdéterminants (cf. développement de la démarche projet), peut être trop, ce qui empêche d'être suffisamment proche des individus. Il est donc nécessaire d'accompagner les agents pour les accompagner dans le changement.

Néanmoins, il existe un circuit de recueil des besoins individuels : un questionnaire est joint au bulletin de paye (mais on peut aussi imaginer un recueil des besoins lors de l'entretien d'évaluation, ou dans un questionnaire libre de tout lien hiérarchique, ou directement auprès d'une cellule de formation très ouverte.). Cependant, on ne peut répondre à la majorité des besoins individuels exprimés s'ils ne s'insèrent pas dans les besoins collectifs.

- Budget de formation : Sur un budget global de 27 millions d'euros dont 74% consacrés au groupe I, le budget de formation continue s'élève à 387 490 euros .

Le budget formation est un budget global (pas de budget par service, ni par corps). Le but est de raisonner en objectifs et non pas en territoires, afin d'être au service du développement de l'individu et des prestations au service de l'utilisateur.

- Commission formation continue : Une commission est en train d'être recréée. Conformément à la réglementation, elle est une émanation du CTE. La direction de l'établissement y est représentée par la DRH et la CME par son président. Son rôle dans l'établissement doit être comparable à celui de l'ANFH, c'est à dire qu'elle doit être un lieu de mélange des idées, de mutualisation des expériences et des réflexions.

· Formation continue et changement :

Pour M. , l'importance de la formation en ce domaine est une évidence. Dans le secteur privé, l'outil principal d'accompagnement du changement repose sur de nouveaux recrutements faisant suite à des licenciements. A l'hôpital, en raison de l'existence du statut de la fonction publique, une telle politique est impossible. Cependant, le statut produisant des situations pérennes pour les agents, la formation produit des effets à long terme, ce qui est gage de réussite dans le temps. A l'hôpital, on travaille plus dans le temps long.

Pour lui, le projet de formation et les formations concrètes suivies par les agents, étant l'émanation directe du projet d'établissement permettent aux agents de toucher concrètement du doigt ce qu'est réellement le projet d'établissement (qui sinon reste assez flou malgré la communication faite autour de lui). La formation est un outil d'appropriation du changement (le projet d'établissement en lui même étant un changement).

M. met l'accent sur les formations « développement personnel et communication » et « être fonctionnaire à l'hôpital ». Elles permettent de changer les cultures, les références, de permettre à chacun de devenir acteur du changement (par exemple, de s'approprier le devoir d'interpellation de tout agent en cas de problème : fiche de signalement d'événement indésirable...).

Il nous parle de son expérience en la matière à Belle Ile en Mer. Dans un établissement de 250 agents, sur trois ans, tout le monde avait suivi cette formation. Cette démarche massive a eu un impact réel, dans un hôpital où régnait la culture insulaire, le cloisonnement hiérarchique... Une réelle volonté de changement passant par une meilleure expression des agents a pu être constatée.

Il trouve aussi les formations à la compréhension du fonctionnement de l'hôpital intéressantes, bien que Guingamp ne les pratique pas pour le moment. Il essaye de pallier ce manque en expliquant le fonctionnement de l'établissement lors des journées d'accueil des nouveaux arrivants.

- Historique de ces formations : Elles résultent du «Vœu 100 » à l'ANFH nationale, démarche impulsée par des syndicats, dont la CGT, au début des années 80. Le but était de permettre aux hospitaliers, et notamment ceux bénéficiant d'une formation initiale moins développée, d'avoir une culture suffisante pour eux mais aussi pour l'établissement grâce à des «formations à caractère général ». Cette volonté s'est concrétisée dans un premier temps par la mise en place de préparations au concours d'AS. Ce n'est que dans un deuxième temps qu'elle a pris la forme des formations qui nous intéressent ici de culture économique et sanitaire de leur environnement pour les agents. Elle a trouvé une traduction concrète en Bretagne mais aussi en Aquitaine et Midi-Pyrénées.

· Formation des médecins.

Pour l'heure, M. pense que l'on ne parvient pas vraiment à les former, notamment en raison de leur culture très individualiste mais aussi de crédits insuffisants qui leur sont dévolus (0.75% du budget, auxquels sont rajoutés 0.25% supplémentaires à Guingamp). Cela explique que les formations de médecins soit quasi intégralement financées par les laboratoires et groupes pharmaceutiques.

Néanmoins, il décèle un certain nombre de progrès dus à des outils potentiellement très efficaces :

- les formations en management réservées uniquement aux médecins (AFMA) : elles sont très appréciées,

- les priorités nationales de santé publique sont l'occasion de formations transversales, incluant donc des médecins : douleur, hygiène,
- la démarche qualité dans laquelle les médecins s'impliquent, étant inquiets de l'accréditation,
- les formations en binôme cadre-chef de service : elles fonctionnent bien.

· Evaluation :

Elle est très nettement insuffisante. Certes une évaluation « à chaud » auprès des agents formés existe à Guingamp mais elle est insuffisante. Il faudrait une évaluation à 6-12 mois et même à plus long terme.

Cependant, pour résoudre le problème de l'évaluation de la formation, il faudrait d'abord résoudre celui de l'évaluation à l'hôpital en général. La formation pouvant être considérée comme un investissement, il semble indispensable de surveiller le retour sur

investissement. Pour cela, un cahier des charges préalables devrait être établi.

M. , suggère un certain nombre de critères d'évaluation : la fréquence des promotions professionnelles chez les personnes formées ou pas, l'absentéisme, le taux de participation aux instances et aux groupes de travail reposant sur le volontariat...

· *Prospective :*

- Formation et GPPEC : Etant donné les évolutions démographiques, l'hôpital devra affronter des départs en retraite massifs. En outre, M. craint que la mise en place de la T2A ne pousse à l'externalisation d'un certain nombre d'activités trop onéreuses (ex : peinture, menuiserie...) : il faudra donc reclasser les agents de ces secteurs.

En conséquence, le plan de formation devra s'adapter à ces évolutions. Il devra être du « visioning », raisonner à 5 ou 10 ans et être encore plus stratégique, en étant couplé à la GPPEC.

- Elargissement de la formation / santé publique : A terme, la formation devra permettre aux hospitaliers de comprendre que l'hôpital et donc eux mêmes ne constituent qu'une partie de la santé publique (d'où le renforcement des formations sur l'environnement de l'hôpital). En outre, la santé publique ne s'arrêtant pas aux portes de l'hôpital, la constitution de réseaux est indispensable. Il faudra y former tous ses participants et donc mettre en place des formations transversales (formation commune aux agents de plusieurs hôpitaux ou, dans le secteur des personnes âgées, par exemple, formation conjointe des hospitaliers, agents des soins à domicile, travailleurs sociaux des CCAS, du département...) . Il faut former ensemble différents acteurs de santé publique afin de mutualiser les expériences, de sortir l'hôpital de ses murs, de lui rendre une certaine humilité en matière de santé publique.