



EHESP

Directeurs des soins

Promotion : 2010

Date du Jury : ***septembre 2010***

Le pôle formation :
Un nouvel acteur dans la gouvernance ?

Annick RIOU

Remerciements

Nous tenons à remercier et adresser notre considération à :

Tous les directeurs et acteurs professionnels qui ont acceptés de nous accorder un peu de leur temps afin de répondre à nos questions et enrichir notre recherche.

Anita GARCIA et Eric LEGRAND pour leurs conseils avisés aux différentes étapes de ce travail, leur regard a permis notre cheminement.

Les Directrices des deux IFSI qui nous ont accueillie en stage, ainsi que les membres de leurs équipes pédagogiques pour leur disponibilité et leur aide précieuse dans nos recherches.

Catherine FOUCON, Micheline FITTE DUVAL, sans qui cette aventure n'aurait pas eu lieu.

Enfin, Jean pour son soutien infailible et sa sérénité apportée tout au long de cette année.

Sommaire

Introduction	1
1 Le pôle formation au sein d'un contexte en mutation	5
1.1 La nouvelle gouvernance : un enjeu pour le pôle de formation	5
1.1.1 La gouvernance : une organisation de dialogue et de responsabilité.....	5
1.1.2 La gouvernance hospitalière.....	6
1.1.3 La formation dans la gouvernance hospitalière	7
1.1.4 La performance : une nécessité au centre de la gouvernance.....	8
1.2 La gestion des compétences : un enjeu managérial pluridisciplinaire	9
1.2.1 La gestion des compétences levier de la performance	9
1.2.2 La compétence individuelle et collective.....	9
1.2.3 La gestion des compétences : un défi pour les établissements de santé.....	10
1.3 La formation : une mission de l'hôpital au service de l'efficience	11
1.3.1 La formation : un levier de professionnalisation.....	11
1.3.2 Les formateurs : des ressources internes à valoriser.....	14
2 Le pôle formation : un acteur du centre hospitalier	15
2.1 Méthodologie	15
2.1.1 Une première phase.....	15
2.1.2 L'enquête	15
2.1.3 Le choix des entretiens.....	15
2.1.4 Limites.....	15
2.2 La place du pôle formation dans l'hôpital	16
2.2.1 L'étendue du pôle à définir.	16
2.2.2 Des budgets contraints.....	18
2.2.3 Projet de pôle : un engagement du directeur de Soins	18
2.3 Les enjeux de la formation	19
2.3.1 La formation initiale : un enjeu de recrutement et de fidélisation.....	19
2.3.2 L'alternance : une nécessaire collaboration entre DS.....	19
2.3.3 La formation continue : un levier de développement des compétences ?	20
2.3.4 Les formateurs : des pédagogues au service des pôles d'activité ?	22
2.4 Synthèse globale	23

3	Le pôle formation dans l'accompagnement des évolutions.....	24
3.1	La structuration de l'hôpital en entreprise apprenante.....	24
3.1.1	Le positionnement du directeur du pôle formation.....	24
3.1.2	Légitimer le pôle formation dans un projet de développement des compétences	26
3.1.3	La communication : un enjeu de reconnaissance.....	28
3.2	Les partenariats à construire	29
3.2.1	Partenariats internes.....	29
3.2.2	Partenariats externes.....	31
3.3	Une ingénierie à adapter	32
3.3.1	Plan de formation/ projet pédagogique.....	32
3.3.2	Valorisation des formations.....	33
3.3.3	Centre de Documentation et d'Information CDI,.....	34
	Conclusion.....	35
	Bibliographie	37
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANFH	Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier
CEFIEC	Comité d'Entente des Formations Infirmières Et Cadres
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CS	Cadre de Santé
CSF	Cadre de santé formateur
DEI	Diplôme d'Etat Infirmier
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DRH	Directeur des Ressources Humaines
DS	Directeur des Soins
DSF	Directeur des Soins Formation
DSCGS	Directeurs des Soins Coordinateur Général des Soins
FPC	Formation Professionnelle Continue
FMC	Formation Médicale Continue
FMEP	Fonds de Mutualisation pour le financement des Etudes Promotionnelles
GPMC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoire
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
LMD	Licence Master Doctorat
OPCA	Organisme Paritaire Collecteur Agréé
RH	Ressources Humaines

INTRODUCTION

Les évolutions socio culturelles, technologiques et économiques actuelles imposent une adaptabilité des organisations. Le système de santé est totalement inclus dans cette dynamique. Ainsi, le cadre de la nouvelle gouvernance issue des ordonnances de 2005¹ a-t-il orienté l'organisation de l'hôpital en pôles de référence, nouvelles entités médico - économiques pourvues d'une délégation de gestion. La loi Hôpital Patient Santé Territoire² (HPST) vient de modifier le système de santé et confirme cette structuration vers un objectif d'efficience dans l'offre de soins.

Parallèlement aux différentes réformes en matière de gestion des soins, l'appareil des formations initiales s'inscrit dans le système Licence – Master - Doctorat (LMD) des professions paramédicales. Il est engagé avec la réforme des études conduisant au Diplôme d'Etat Infirmier³ depuis septembre 2009. Outre la reconnaissance universitaire des diplômes, il s'agit d'un changement de paradigme quant aux processus d'apprentissage. Par ailleurs, les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) ont une mission de formation continue⁴ dont ils rendent compte dans un rapport annuel d'activité⁵.

Dans le cadre de la volonté européenne de développer une économie de la connaissance basée sur l'évolution continue des compétences, le décret du 21 août 2008⁶, relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière, initie les nouvelles démarches de formation des personnels. La formation tout au long de la vie est un nouveau paradigme dans la gestion des processus de professionnalisation pendant toute la carrière professionnelle. La formation est au service de la professionnalisation et par ailleurs de l'évolution des compétences dans les contextes fluctuants de travail.

¹ Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

² Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

³ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat d'Infirmier.

⁴ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formations préparant aux diplômes d'infirmier (...) et aux agréments de leur directeur.

⁵ Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux Annexe V.

⁶ Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière

Dans ce contexte mouvant de la formation, son positionnement au sein du centre hospitalier de rattachement est complexe. Il nous a semblé important d'étudier pendant cette année la stratégie du Directeur de Soins, directeur d'un pôle formation (DSF). Cette intention repose sur notre expérience et notre constat du difficile positionnement des instituts de formation au sein des établissements hospitaliers de référence.

Le centre hospitalier qui nous accueillera, lors de notre prise de fonction, situé en Ile de France, a fait le choix de réunir dans un pôle formation : les instituts de formation initiale (infirmière et aide - soignant) existants et le département Formation Professionnelle Continue (FPC) du centre hospitalier. Ce pôle, est aujourd'hui, rattaché à la direction générale des soins. A ce titre le directeur des soins dirigeant cette structure, doit s'interroger sur l'articulation des formations aux évolutions institutionnelles et contextuelles en cours.

Par ailleurs, l'univers hospitalier subit une profonde restructuration par les différents éléments de contexte suivants :

- L'étude de la démographie des professionnels paramédicaux indique de nombreux départs à la retraite prévus en 2015, la perte de compétences devra être anticipée. Si la moyenne d'âge des professionnels de santé franciliens est plus élevée que la moyenne d'âge nationale,⁷ sur l'ensemble des professions, 30% des personnels soignants de notre institution seront à remplacer dans les 5 ans à venir. La gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC), des établissements de santé en général et du nôtre en particulier, imposera l'obligation à élaborer un plan de formation adapté.
- Le vieillissement de la population, l'évolution des pathologies chroniques traitées au sein d'organisations territoriales pluridisciplinaires, sollicitent de nouvelles compétences.
- La loi HPST engage les échanges territoriaux, le développement de la santé publique et l'éducation thérapeutique, l'organisation des soins. Des collaborations interprofessionnelles s'établissent, de nouveaux métiers émergent ou seront à créer.
- Le développement de la tarification à l'activité engendre des difficultés d'équilibre financier, nécessitant la réalisation de « Plans de retour à l'équilibre ». Il s'agit pour les établissements de santé de repenser les organisations et les offres de soins avec des contraintes de restructuration, de mobilités de personnels dont certaines adaptations à l'emploi se révèlent indispensables.

⁷ Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière : Etude prospective sur les métiers de la fonction publique hospitalière : synthèse.

D'autre part, il faut constater que les évolutions technologiques de plus en plus rapides, la demande des usagers de plus en plus exigeante et l'émergence d'évaluations et certifications imposées, modifient les méthodes de travail au quotidien des personnels.

Ces diverses évolutions, véritables défis pour les centres hospitaliers, exigent une adaptabilité des personnels, une mobilisation des compétences individuelles et collectives mais, aussi, l'engagement des IFSI à former des professionnels sachant s'impliquer dans un contexte en constante évolution.

Pour G.LEBOTERF : L'évolution des compétences est au cœur des préoccupations de toute organisation qui veut rester efficiente⁸.

Le Directeur des Soins Formation (DSF), est avec le Directeur des Ressources Humaines (DRH) et le Directeur des Soins Coordonnateur Général des Soins (DSCGS), au centre des réflexions. Ils déterminent la gestion des compétences nécessaires afin de garantir la performance et la qualité des activités de soins de l'établissement.

Le DSF doit : organiser les parcours de formation pour les professionnels dans cette mouvance en respectant l'individualisation des parcours, la mise en œuvre d'outils adaptés, ainsi que la gestion des compétences nécessaires à l'établissement. De plus, toutes ces évolutions devront tenir compte d'un environnement contraint sur le plan budgétaire. Au demeurant, on peut se demander si l'obligation de financement de la FPC de 2,1 % aura un réel impact, puisque le taux actuellement constaté est bien souvent supérieur. La FPC de notre centre hospitalier était, jusqu'à présent, financée avec un budget de 3,8%, il sera ramené dès cette année aux obligations réglementaires.

De plus, nos constats mettent en évidence une scission entre les activités cliniques et celles de la formation, qu'elle soit initiale ou continue. Jusqu'à présent, nous avons observé un plan de formation, faisant office de catalogue de formation, permettant aux employés l'inscription dans un thème proposé. Cette méthode conduit - elle à l'évolution des compétences individuelles et collectives au sein des pôles ou répond-elle à une logique spécifique d'établissement ? Par ailleurs, les formateurs des IFSI sont très peu présents au sein des pôles d'activité clinique et peu engagés dans les travaux de l'établissement de santé.

L'appareil de formation saura-t-il relever ce défi social, pédagogique et économique ?

⁸LE BOTERF G, *Professionaliser*, Edition d'organisation, p140

La question que nous nous posons est

Pourquoi, malgré tous ses atouts, le pôle formation n'est il pas utilisé dans la structure de gouvernance ?

3 axes de réflexion vont guider notre travail pour apporter des réponses à ce questionnement

- La position du pôle formation n'est pas reconnue dans la structure interne ;

La formation initiale n'est pas une ressource mais une annexe des centres hospitaliers. Les ressources que représentent les formateurs au sein des pôles ne sont pas identifiées. La méconnaissance des compétences du pôle formation, est un handicap pour sa légitimité institutionnelle.

- Les liens entre le pôle formation et les directions fonctionnelles sont peu formalisés

La direction des soins et la direction de la formation : Les interfaces projets de soins/projets de formation ne sont pas structurées. Le partenariat directeur des soins/directeurs de formation ne permet pas l'adéquation souhaitée.

Les liens entre direction des ressources humaines et direction de la formation ne sont pas déterminés notamment dans l'évolution nécessaire des compétences.

- La formation n'est pas un enjeu d'amélioration de la performance collective

Les demandes individuelles de formation se font essentiellement sur catalogue

Le retour sur investissement des formations individuelles et collectives n'est pas évalué au sein des services

Les personnels ne sont pas mobilisés dans une évolution des compétences attendues.

Notre travail a pour objectif d'éclairer nos constats et ce questionnement à partir d'une recherche documentaire et d'une enquête au sein de deux centres hospitaliers. Si la première partie vient éclairer notre problématique au sein du contexte actuel, la deuxième partie permet de confronter le point de vue des acteurs afin d'ancrer la réalité dans notre analyse. Des axes de progrès permettant de placer le pôle formation comme véritable challenge du centre hospitalier seront formulés en troisième partie.

.

1 Le pôle formation au sein d'un contexte en mutation

Afin d'étudier notre questionnement, un temps de recherche exploratoire bibliographique et observatoire nous a permis d'intégrer la problématique dans le contexte et d'en définir les contours.

1.1 La nouvelle gouvernance : un enjeu pour le pôle de formation

Dans un premier temps, nous allons explorer la gouvernance et la place de la formation au sein de l'organisation des établissements.

1.1.1 La gouvernance : une organisation de dialogue et de responsabilité

Le terme de gouvernance est défini et entendu aujourd'hui de manière très diverse et parfois contradictoire. Cependant et malgré la multiplicité des applications du mot, il existe une dynamique commune dans l'usage de ce terme. Chez la plupart de ceux qui, au sein du secteur public comme au sein du secteur privé, emploient le terme de gouvernance, celui-ci désigne avant tout un mouvement de « décentrement » de la prise de décision, avec une multiplication des lieux et des acteurs impliqués dans cette décision. Il renvoie à la mise en place de nouveaux modes de régulation plus souples, fondés sur le partenariat entre différents acteurs. Selon l'*IT Governance Institute*, la gouvernance a "pour but de fournir l'orientation stratégique, de s'assurer que les objectifs sont atteints, que les risques sont gérés comme il faut et que les ressources sont utilisées dans un esprit responsable".

La gouvernance d'entreprise est l'ensemble des processus, réglementations, lois et institutions, influant la manière dont l'entreprise est dirigée, administrée et contrôlée. Elle inclut aussi les relations entre les nombreux acteurs impliqués et les objectifs qui gouvernent l'entreprise⁹. Nous observons une dynamique engagée : ce mouvement de décentrement de la prise de décision met l'accent sur l'interdépendance des pouvoirs associés à l'action collective, il doit intégrer de profondes modifications du management et se traduire vers le dialogue et le partage de responsabilités.

Par les nouvelles formes de régulation qu'elle permet, la gouvernance cherche donc d'une part, à améliorer l'efficacité des services rendus au public et, d'autre part, à promouvoir les bonnes pratiques qui renforcent l'efficacité des institutions.

La gouvernance est en cours de structuration au sein du système de santé en général et des établissements hospitaliers en particulier.

⁹ Wikipédia, encyclopédie, <http://wikipédia.org>

1.1.2 La gouvernance hospitalière

La gouvernance hospitalière se met en place depuis 2005, elle a été très largement confirmée dans la loi HPST.

Dans un but d'amélioration de l'efficacité médico - économique, elle a trois objectifs principaux :

- Responsabiliser le personnel soignant et non soignant ;
- Elargir l'autonomie de l'établissement ;
- Instaurer des contrats entre les différents acteurs de la santé

Pour répondre à cette logique économique, il s'agit de mettre en place des **pôles d'activité clinique**. Ce nouveau découpage de l'hôpital doit permettre de mutualiser les ressources afin de limiter les dépenses. Les objectifs de la nouvelle gouvernance engendrent le passage d'un hôpital bureaucratique à un hôpital - entreprise. Le système de santé est entré dans un espace économique incitant le passage d'un état providence à une économie de la santé. Cela incite au développement de la performance des établissements.

On attribue aux pôles une **délégation de gestion** (gestion du personnel, enveloppes d'investissement, contractualisation d'objectifs, etc.) ainsi que des modalités de fonctionnement. Ainsi, le responsable de pôle est-il chargé de définir l'organisation générale du pôle, les orientations de l'activité, les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité des soins. Chaque pôle signe un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec la direction de l'établissement.¹⁰La contractualisation donne plus d'autonomie aux acteurs, simplifie les prises de décisions et responsabilise les équipes.

Selon un rapport de la cour des comptes¹¹, « le calendrier prévu par la réforme n'a pas été respecté : tous les pôles ne sont pas créés dans les hôpitaux. Quant aux responsabilités confiées aux chefs de pôle, c'est le point sur lequel la mise en œuvre de la réforme subit le retard le plus caractérisé. Pour l'instant, ces « responsables » n'ont quasiment jamais reçu de délégation de gestion un peu substantielle. Si délégation il y a elle se limite le plus souvent au remplacement d'agents absents et à la **formation professionnelle continue** ». Suite à la loi HPST, le décret 2010-656 du 11 juin 2010¹² détermine les nominations et responsabilités du pôle et impose un contrat de pôle dans les six mois. Il va donner une impulsion dans la réalisation et la mise en place des structures internes aux pôles. Nous constatons dans la sous section 4 que la délégation de signature confère au chef de pôle un **engagement des dépenses afférentes à la formation** des personnels ainsi que sa **participation à l'élaboration du plan de formation** des personnels et au **plan de développement professionnel continu** des personnels médicaux. Le pôle rédige un projet

¹⁰ C.R.E.E.R , <http://www.creer-hopitaux.fr>

¹¹ COUR DES COMPTES, 2009, sécurité sociale, pp 513

¹² Décret 2010-656 du 11 juin 2010 relatifs aux pôles d'activité clinique ou médico - technique dans les établissements publics de santé.

de pôle et signe un contrat de pôle avec la direction de l'établissement. **La formation serait donc un axe premier délégué aux pôles.**

1.1.3 La formation dans la gouvernance hospitalière

La gouvernance hospitalière est axée sur l'organisation décentralisée en pôle d'activité clinique, les derniers textes le précisent. L'objectif est de gagner en efficience mais l'hôpital reste l'acteur d'une offre de soins de qualité et de plus en plus technique et complexe. Le pilotage est assuré par le directeur général qui est assisté par le directoire et rend compte au conseil de surveillance. Au sein des CHU, le doyen de l'université de médecine a intégré le directoire; dans les autres établissements de santé, la formation n'est pas représentée de manière spécifique cependant, le directeur des soins coordonnateur général des soins est membre de droit.

La formation initiale au sein du centre hospitalier de rattachement intègre les évolutions réglementaires et organisationnelles générales, sa participation dans l'organisation polaire n'est pas instituée. En matière de formation, les IFSI sont intégrés ou pas dans des directions fonctionnelles, DRH dans la plupart des situations.

Si la personnalité morale des IFSI est le directeur de l'établissement de rattachement qui en est l'organisme gestionnaire, le transfert de la responsabilité des formations paramédicales aux régions¹³ a imposé un nouvel interlocuteur dans la gestion. En effet, la région accorde les agréments d'établissements et des directeurs d'instituts de formation, elle assure le financement des formations. Comme les hôpitaux, les IFSI ont une nouvelle forme de gouvernance ordonnée par le décret du 21/04/2007.¹⁴ Le DSF dirigeant l'IFSI est responsable du fonctionnement général administratif et financier mais selon le décret du 19 avril 2002¹⁵, il exerce sous l'autorité du chef d'établissement. Les IFSI ont un budget contraint par la région, obligatoirement équilibré comme budget annexe ou budget « C » de l'hôpital de référence. La FPC a un budget déterminé par le législateur 2,1% de la masse salariale. Du point de vue financier, la contractualisation avec la direction de l'hôpital pourrait sembler simple, elle requiert cependant un projet qui intègre la stratégie de l'établissement.

Les délégations de pôles d'activité clinique quand elles existent, concernent en premier lieu la formation professionnelle continue. Cela exige un projet de pôle et une contractualisation avec la direction générale. Cependant la responsabilité de la FPC dans les établissements est du domaine de la Direction des Ressources Humaines dans le cadre de la GPMC. Par ailleurs, selon le décret 2002-550, le DSCGS « contribue à l'élaboration des programmes de formation ». Le Directeur gérant la FPC doit établir un plan pluriannuel de formation et les

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

¹⁴ Arrêté du 21 avril 2007, Op cit

¹⁵ Décret 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière

DSF directeurs d'IFSI doivent organiser des formations continues. Il s'avère donc que la formation gérée dans un pôle formation est source de partenariats potentiels.

Au delà des changement organisationnels, ce sont de nombreux changements d'ordre culturel et managériaux qui s'opèrent dans l'organisation polaire avec le développement des compétences. La formation, obligation réglementaire ou partenaire d'efficience, doit accompagner ces changements et adapter son ingénierie. Il convient de mesurer si les enjeux de la formation à l'hôpital doivent être une adaptation du potentiel humain aux attentes institutionnelles, et au service de la performance.

1.1.4 La performance : une nécessité au centre de la gouvernance

Le concept de performance est difficile à traduire dans le système de santé car il se confronte à différents systèmes de valeurs.

Dans le domaine de la gestion, la performance est le résultat ultime de l'ensemble des efforts d'une entreprise ou d'une organisation. « Ces efforts consistent à faire ce qui convient, correctement, rapidement, au bon moment, au moindre coût, pour produire les bons résultats répondant aux besoins et aux attentes des clients, leur donner satisfaction et atteindre les objectifs fixés par l'organisation »¹⁶.

La performance d'une entreprise se mesure selon ses résultats. Elle dépend de : l'organisation, la stratégie, le management, la technique, l'économie et la finance et concerne les objectifs, les ressources, les organisations et les relations selon les processus retenus. La Performance hospitalière est la « capacité à atteindre les objectifs constitutifs d'un projet hospitalier grâce à la maîtrise de l'organisation humaine de l'hôpital »¹⁷

La loi HPST a mis en place l'Agence Nationale Appui à la Performance (ANAP) pour aider, accompagner et inciter les hôpitaux à améliorer leur performance mais surtout à la mesurer. Un des six leviers d'amélioration de la performance retenus par l'ANAP concernent les ressources humaines : ***Améliorer la gestion des ressources humaines, développer les compétences des acteurs du système de santé, améliorer les conditions de travail et favoriser l'engagement des professionnels.***

Par ailleurs, la nouvelle économie des savoirs se caractérise par la prise de conscience de l'importance stratégique des connaissances, des compétences et des savoirs faire des hommes qui deviennent les véritables et principaux actifs de l'entreprise. (BELET¹⁸)

Il s'avère donc que la performance en général, et hospitalière en particulier est considérablement liées aux ressources humaines notamment à la gestion des compétences.

¹⁶ Wikipédia, encyclopédie, <http://wikipédia.org>

¹⁷ LETEURTRE H., MALEA P., 2005, performance et gouvernance hospitalière, éditions Berger Levrault p 255

¹⁸ BELET D., 2001, Devenir une vraie entreprise apprenante, éditions d'Organisation, p 217

1.2 La gestion des compétences : un enjeu managérial pluridisciplinaire

L'accélération des mutations économiques et technologiques a un impact sur la réflexion managériale. Il existe notamment une prise de conscience de la nécessaire adaptation continue des compétences professionnelles des agents à leur poste. Cette obligation d'adaptation des compétences exige sans aucun doute une mise à disposition de formations adaptées.

1.2.1 La gestion des compétences levier de la performance

« L'intérêt pour les compétences s'inscrit, certes, dans un contexte de concurrence et de recherche de productivité. Mais justement, ce contexte oblige à mieux comprendre le travail humain, l'intelligence au travail, ce qui, dans la tâche, l'organisation du travail, les prescriptions ou la culture ambiante, empêche ou favorise la mobilisation des connaissances théoriques ou procédurales en situation. »¹⁹

La Haute Autorité de santé (HAS)²⁰ précise: « Les innovations technologiques et l'évolution des pratiques nécessitent d'adapter en continu l'organisation du travail et le niveau des compétences. Il s'agit pour les établissements de santé d'assurer la continuité des missions de l'organisation en terme d'emplois et de compétences en prenant en compte autant que possible, les évolutions qui peuvent avoir un impact sur le contenu des activités : cette gestion prévisionnelle permet à l'établissement de s'assurer qu'il dispose des compétences attendues ».

Il existe une relation dynamique entre compétence et performance, le désir d'atteindre de meilleures performances nécessite l'amélioration de compétences ou le développement de compétences nouvelles. Il semble maintenant nécessaire de comprendre quel concept définit la ou les compétences.

1.2.2 La compétence individuelle et collective

Selon P.MEIGNANT²¹ : la compétence est la capacité à mettre oeuvre une combinatoire spécifique devant un problème donné souvent inédit. Cette capacité fonde la compétence, elle repose sur des savoirs théoriques, procéduraux.

Le Mouvement des Entreprises de France (MEDEF) donne pour définition : « La compétence professionnelle est la combinaison de savoir faire, expérience et comportement s'exerçant dans un contexte précis. Elle se constate lors de sa mise en oeuvre en situation professionnelle à partir de laquelle elle est validable »

¹⁹ DURAND C ; le 16 janvier 2008 Savoir être et compétences

²⁰ HAS, 2009, manuel de certification des établissements de santé V2010, chapitre 1 critère 3a p22

²¹ MEIGNANT P, 2003, manager la formation, édition liaisons Paris, pp 348

Pour P.ZARIFIAN²² : La compétence est la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté. La compétence est une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforme avec d'autant de force que la diversité des situations augmente.

La notion de compétence est venue modifier la notion de savoir et le rôle de la formation et des apprentissages professionnels. La notion de compétences pose la problématique de l'articulation entre le savoir ou connaissance formelle et l'efficacité professionnelle.²³

Si la compétence fait intervenir la connaissance, elle se construit à travers les différentes expériences selon les capacités individuelles, dans un contexte mouvant. Elle ne peut donc se transmettre. Il ne s'agit plus de la reproduction d'un geste mais d'apprendre l'adaptabilité réussie à des situations changeantes. Nous notons donc une différence entre les compétences requises énoncées par un référentiel ou une fiche métier et les compétences réelles d'un agent qui lui appartiennent et se modélisent avec les expériences.

Dans le contexte hospitalier, la variabilité des situations et la présence d'équipes pluridisciplinaires en situation de soins complexifie l'ensemble. Le personnel mutualise ses compétences pour répondre à des objectifs communs : C'est la compétence collective. Elle se construit à travers des relations sociales. Le manager doit garantir la compétence collective et donc veiller à ce que les compétences soient complémentaires afin que l'équipe puisse faire face, à tout instant, à l'ensemble des situations à traiter.²⁴ Les cadres de santé doivent donc s'engager à définir les compétences attendues dans leur pôle. Ces différentes compétences nécessitent une organisation et une gestion.

1.2.3 La gestion des compétences : un défi pour les établissements de santé

Gérer les compétence nécessite de prévoir : la Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences (GPMC) doit permettre d'adapter les ressources humaines à l'emploi.

Pour B.DONIUS²⁵ : Gérer les compétences exige du management une organisation centrée sur l'adaptabilité, la réflexivité mais aussi une structuration de l'évaluation. **La formation** est un élément clé de la GPMC, présentée comme une rencontre entre le projet d'établissement et le projet professionnel de l'agent.

L'enjeu pour A. MEIGNANT est de « disposer à temps, en effectif suffisant et en permanence de personnes compétentes et motivées pour effectuer le travail nécessaire »²⁶

Ces enjeux intéressent particulièrement le DRH et les Directeurs des soins en Gestion et Formation mais aussi les chefs de pôles. Une adaptation des compétences aux nouvelles

²² ZARIFIAN. P., objectif compétence, éditions liaisons, p 202

²³ CARRE P. 2005, l'apprenance, édition Dunod, Paris p212

²⁴ ZARIFIAN.P., op cit

²⁵ DONIUS B, 2010, la gestion prévisionnelle de l'emploi, des métiers et des compétences, cours EHESP

²⁶ MEIGNANT ; op cit p 21

exigences des métiers dans les équipement, situation ou organisation ne peut se réaliser qu'en mobilisant des ressources.

En effet gérer les compétences, selon G.LEBOTERF²⁷, c'est adopter une démarche de professionnalisation permanente, cela concerne un engagement clair visible et continu de la direction générale. Cela ne relève pas de la responsabilité exclusive de la DRH mais de la coopération entre la direction, la DRH, la direction des soins, l'encadrement de proximité, les formateurs, les agents eux même.

Les évolutions techniques, financières et organisationnelles mais aussi démographiques nécessitent une adaptation permanente et régulière des professionnels de santé dans le contexte actuel de l'offre de soins. La formation devient le levier de la GPMC.

1.3 La formation : une mission de l'hôpital au service de l'efficience

Selon la circulaire du 22 juin 2009²⁸ relatif à l'application du décret n°2008-824, la fonction publique hospitalière est confrontée depuis plusieurs années à des réformes et de nouveaux défis qui demandent une optimisation de la gestion des RH et des parcours de formation. En conséquence, il convient de multiplier les possibilités d'accès de tous les agents à la formation tout au long de leur vie professionnelle, de permettre et faciliter leurs évolutions professionnelles. La formation représente donc un enjeu collectif pour les établissements de santé.

1.3.1 La formation : un levier de professionnalisation

a) La formation initiale :

« La perspective de formation tout au long de la vie et non plus de formation à un métier positionne la formation initiale à l'intersection éducation et travail ». ²⁹La formation organisée en alternance permet de mettre en relation la connaissance à acquérir et le développement des compétences requises. La formation a pour finalité de professionnaliser le parcours de l'étudiant. Les nouveaux objectifs du référentiel de formation infirmier 2009 précisent³⁰ que l'étudiant doit :

- Devenir un praticien autonome et réflexif exerçant seul ou en équipe
- Etablir un portefeuille de connaissances et de compétences
- S'adapter à des situations variées

Les professionnels devront donc gérer leur portefeuille de connaissances et de compétences. Ces transformations interrogent les usages de la formation au regard des

²⁷ LEBOTERF G., 2005, gestion des compétences, gestions hospitalières, n°451, p775

²⁸ CIRCULAIRE N°DHOS/RH2/RH4/2009/173 du 22 juin 2009 relative à l'application du décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière

²⁹ NOEL-HUREAUX E., 2005, quelles perspectives pour les formateurs en soins infirmiers, Education permanente n°165p 189

³⁰ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au Diplôme d'Etat d'Infirmier

nouvelles modalités d'apprentissage comme l'analyse de situation, la simulation, la réflexivité, l'utilisation des techniques de communication (Internet et formation en ligne).

Elles supposent la prise en compte d'un retour du savoir d'expérience sur le savoir théorique.

La pédagogie prend place entre le savoir et l'action en situation. Les étudiants sont accompagnés dans leur progression. Par ailleurs, l'évaluation des compétences acquises nécessite une adaptation des méthodes pédagogiques d'évaluation notamment en situation de travail.

Le projet pédagogique des IFSI est donc centré sur ces nouvelles données règlementaires. Les formateurs engagent les apprenants à une plus grande participation à leur formation en privilégiant l'accès aux moyens d'apprendre à apprendre. De plus, les IFSI doivent maintenant construire leur projet pédagogique en partenariat avec une université, l'évolution scientifique des formations paramédicales permettant d'envisager de nouvelles perspectives d'apprentissages.

b) La formation tout au long de la vie : un concept à initier dans les établissements

Dès 1966 le gouvernement a pris la mesure de la nécessité d'une FPC car il devient évident que les connaissances générales administratives, techniques ne peuvent plus être considérées comme une réserve de savoirs acquis une fois pour toute et utilisables toute la vie active. Il apparaît constamment de nouvelles méthodes d'action, de nouvelles techniques ayant des incidences sur l'organisation et le fonctionnement. Cela implique que pendant la vie professionnelle, il faut introduire des périodes de formation qui permettent aux agents de mettre à jour leurs connaissances voire acquérir des connaissances nouvelles et développer les qualités personnelles. Depuis 1971 à nos jours, la formation professionnelle dans la fonction publique hospitalière a évolué. Elle repose sur une politique structurée et organisée qui a vu se succéder différents textes juridiques. Du droit à la formation à la formation tout au long de la vie, les objectifs de la formation visent maintenant à améliorer « l'employabilité » des agents.³¹

La réforme installée depuis le décret 2008-824³² est initiatrice de nouvelles définitions des actions, nouvelle conception du plan de formation, nouveaux dispositifs de formation, et création de nouveaux droits. Il précise :

- Les huit catégories d'actions notamment la distinction entre action de formation continue, d'adaptation à l'emploi, de développement des compétences ou d'adaptation à l'évolution prévisible des emplois ;

³¹ SALON S. mars 2009, cahier de la fonction publique p 7

³² Décret 2008-824 :op-cit

- La mise en place du droit individuel à la formation mise en œuvre à l'initiative de l'agent et en accord avec son employeur. Le temps annuel alloué et ses possibilités d'utilisation hors temps de travail ;
- Le document pluriannuel d'orientation de la formation en lien avec le projet d'établissement et son projet social ;
- Les périodes de professionnalisation ;
- Le passeport formation, support de suivi des formations et de l'acquisition des compétences tout au long de la vie professionnelle.

L'agrément de l'Association Nationale pour la formation permanente des personnels Hospitaliers (ANFH) comme Organisme Paritaire Collecteur Agréé (OPCA) et la mise en place du Fond Mutualisé de financement des Etudes relatives à la Promotion professionnelle (FMEP) ont déjà traduit l'évolution des dispositifs.

Le directeur, chargé de la Formation Professionnelle Continue, devra s'appuyer sur la commission de formation pour définir une politique d'établissement, établir un plan pluriannuel de formation. Ce plan devra intégrer les données de la DRH en ce qui concerne la gestion prévisionnelle des emplois, des directions fonctionnelles en ce qui concerne le projet d'établissement et les pôles d'activité clinique pour l'amélioration de la qualité des soins et notamment la sécurité, la gestion des risques ainsi que la fluidité du parcours patient.

Dans son analyse, J.CORNELIS : affirme que si nous avons atteint un professionnalisme avéré en ce qui concerne l'organisation des formations, force est de constater que l'analyse des besoins en formation et l'évaluation des effets de la formation sont les faiblesses du système. ³³Le principal déficit de ce professionnalisme est l'absence d'une méthodologie. Les cadres ne savent pas évaluer les compétences acquises lors des formations. Pour parvenir au développement des compétences, il est indispensable d'assurer la collaboration entre le management qui doit intégrer la méthodologie, la DRH qui gère les compétences et le dirigeant de la formation qui intègre la stratégie.

En effet, la traditionnelle conception de la formation qui consiste en une obligation légale en privilégiant les demandes individuelles doit devenir une logique managériale : il faut analyser les situations avec tous les acteurs concernés afin de proposer un plan d'avenir pour l'établissement et assumer des décisions en regard.

La politique de formation est indissociable du projet RH, elle doit « consolider l'existant, accompagner et faciliter les changements et préparer l'avenir »³⁴ Enfin, elle s'inscrit dans un contexte et un avenir.

³³ CORNELIS J., 2008, nouveau guide de gestion des compétences, édition publibook p16

³⁴ CORNELIS.J. op cit p 67

1.3.2 Les formateurs : des ressources internes à valoriser

Devant la complexité du développement de la formation, la clarification du rôle de formateur suppose une redéfinition pour l'ensemble des acteurs de l'institution hospitalière.

Les formateurs interviennent en formation initiale et continue. Ils sont cadres de santé et selon le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalier doivent :

- Former des paramédicaux et organiser les conditions d'apprentissage
- Réaliser des actions de formation concernant les soins.

Ils assurent : l'accompagnement des professionnels à former, conçoivent des dispositifs pédagogiques de formation, développent des projets de recherche et définissent les modalités d'évaluation des compétences des personnes formées.

La formation commune de cadre de santé gestion (CSG) et cadre de santé formation (CSF) suppose que l'exercice professionnel nécessite des qualités de management, de gestion et pédagogie. Si la formation commune des cadres permet une relation facilitée service/IFSI, le métier de formateur implique une compétence pédagogique spécifique.

Les formateurs acquièrent une compétence en pédagogie au cours de leur expérience professionnelle. Dans les établissements de santé, les formateurs interviennent dans les services cliniques pour accompagner les étudiants au cours des stages, dispenser des formations actions, mener des projets transversaux. L'intégration de formateur référent de stage dans le référentiel de formation 2009 doit engager une nouvelle relation pédagogique entre les pôles et les instituts de formation.

La dynamique d'apprentissage, notamment dans les métiers des soins, nécessite de différencier la pratique, individualiser les parcours, introduire l'interdisciplinarité et accompagner la réflexion à la recherche.

De par sa fonction pédagogique, le formateur est en veille permanente de l'actualité scientifique et professionnelle. Leurs actions sont définies à travers une ingénierie de formation adaptée aux situations.

L'approche par compétences modifie les modalités d'apprentissage dans la formation en augmentant le lien théorie/pratique. Elle oriente la formation vers la professionnalisation, le formateur est sorti de la logique de transmission des savoirs pour intégrer la pratique réflexive soignante et être l'accompagnant de la construction professionnelle des étudiants. L'intégration dans l'université engage les formateurs vers des diplômes universitaires et l'acquisition de nouvelles expertises.

Les compétences pédagogiques et les expertises développées en font des professionnels ressources pour les pôles d'activité clinique des centres hospitaliers.

2 Le pôle formation un acteur du centre hospitalier

2.1 Méthodologie

2.1.1 Une première phase

Nous avons conduit notre réflexion à partir des constats issus de notre activité professionnelle et de l'observation lors de notre premier stage. Nous avons alors assisté à différentes réunions et interrogés des acteurs de la formation dans cette institution. A l'aide de la bibliographie, nous avons établi les bases du questionnement. Afin d'éclairer les interrogations quant aux partenariats, nous avons consulté les projets de soins et de formation des centres hospitaliers qui nous ont accueillie en stage.

2.1.2 L'enquête

Nous avons choisi de rencontrer les professionnels de deux établissements de santé : un centre hospitalier spécialisé (CHS) de 780 places et un centre hospitalier universitaire (CHU) de 1690 places. Les deux établissements sont dans des régions différentes. Le choix s'est posé sur le CHU lors d'une période de stage et sur le CHS pour la présence d'un pôle formation constitué. Nous avons réalisés douze entretiens³⁵.

2.1.3 Le choix des entretiens

Nous avons privilégié la méthode d'entretiens semi directifs car cette technique d'enquête favorise les échanges et garantit une plus grande richesse de données. Un guide d'entretien³⁶ général nous a permis de cibler les thèmes à évoquer. Ce guide d'entretien a été testé en amont avec des professionnels. La durée des entretiens s'est maintenue entre quarante cinq minutes et une heure.

Tous les entretiens que nous avons conduits, ont été enregistrés, avec l'assentiment des personnes interrogées. Il nous a semblé important de confronter dans chaque établissement, les discours des DRH, DSCGS et le directeur des soins de la formation, les cadres formateurs et les responsables d'un pôle. La pluralité d'entretien au sein d'un même établissement nous a permis de comprendre les enjeux, les organisations internes, et les choix opérés. Une grille d'analyse a été utilisée pour exploiter les données.

2.1.4 Limites

Cette analyse est de fait limitée par le périmètre étudié et ne se veut en aucun cas refléter une généralité. La non disponibilité calendaire des directeurs généraux des établissements pendant la période d'enquête n'a pas permis d'évaluer la position stratégique du chef

³⁵ Annexe I

³⁶ Annexe II

d'établissement. Cependant la réponse du Directeur Général d'un CHU lors d'une table ronde a été exploitée. Dans certains cas, la faible ancienneté des personnes interrogées, ou leur désignation par un directeur, a pu produire un biais dans les réponses. Enfin, lors de ces entretiens, les réponses sont celles de vécus individuels et opinions personnelles qui peuvent modifier les données.

2.2 La place du pôle formation dans l'hôpital

M. F. Directeur Général de CHU exprime son regard sur la formation :

« Historiquement la formation initiale dispensée dans les écoles appartenait aux hôpitaux qui accueillait dans le personnel la majorité des élèves formés. Il faut constater que la formation initiale est en pleine évolution, néanmoins si l'autonomie des instituts de formation s'est faite progressivement et sans rupture, il est temps pour les directeurs d'hôpitaux de se demander quelle place ont-ils dans l'institution. En regard de la législation, le personnel est hiérarchiquement nommé par le directeur comme tous les personnels hospitaliers et le budget reste un budget annexe de l'hôpital. »

La question de la position d'un pôle formation en général ou des instituts de formation en particulier au sein de l'établissement de santé se pose. Nous avons enquêté dans deux établissements afin de répondre à cette interrogation.

2.2.1 L'étendue du pôle à définir.

Dans les deux établissements retenus, le pôle formation ne revêt pas le même contour structurel :

-Le CHS possède un pôle de formation incluant l'ensemble des formations. Ce pôle est issu, il y a trois ans, d'un projet de la direction générale. Tous les organes de formation de l'établissement : les formations initiales, la FPC des personnels, la formation médicale continue (FMC), l'organisme de formation externe et toutes les actions de formation spécifiques diffusées, selon les expertises, de façon ponctuelle dans l'hôpital (hygiène, informatique..) sont réunis. Ce centre hospitalier a choisi de *« nommer un Directeur des Soins à la coordination du pôle pour son expertise tant en soins qu'en pédagogie en sachant que 82% des personnels sont soignants »* (dit le DRH). Le directeur de ce pôle, membre de l'équipe de direction, a signé un contrat d'objectifs et de moyens comme tous les pôles de l'hôpital dans une volonté d'harmonisation.

« Depuis que le pôle est constitué, l'hôpital découvre la formation et nous travaillons ensemble. Nous avons créé une émulation et nous sommes très sollicités dans tous les domaines » dit le directeur du pôle formation. Le pôle formation du CHS est un atout pour le DSCGS qui considère que *« les formateurs sont à même de réaliser un cahier des charges selon les besoins de la direction des soins »* et pour le DRH *« il n'existe pas de valeur ajoutée à gérer la formation pour la Direction des ressources humaines mais il est*

nécessaire de définir les frontières. Désormais, je suis comme les autres directions, émettrice d'un besoin que le pôle formation met en musique ». Le directeur ajoute : « *La formation en DRH n'est pas un travail de fond, là nous avons une structure sur qui nous reposer, qui dispose d'une véritable expertise* ».

-Le CHU a choisi de séparer formation initiale, FPC des personnels et la FMC. Cependant, un directeur de la formation vient d'être nommé à la direction générale pour gérer toutes les formations initiales (9 instituts). Il s'agit d'un directeur d'hôpital qui a pour mission d'accompagner les instituts dans « l'universitarisation ». Quatre directeurs des soins sont directeurs d'instituts dont l'un d'eux coordonne six instituts de formation initiale et spécialisée des métiers du soins, un deuxième, l'institut des cadres de santé, un troisième l'institut de formation manipulateurs en électroradiologie et un quatrième, l'école de sages femmes. Ce directeur d'hôpital n'a pas la responsabilité de la FPC ce que le DRH souhaiterait vivement. « *Il s'agit d'assurer une cohérence et une stratégie transversale des moyens de professionnalisation de l'institution* ». Un rapprochement géographique s'opère, tous les instituts, aujourd'hui sur trois sites différents, seront à terme sur le même site, le département FPC de la DRH les rejoins. Par ailleurs, la responsable de la FPC travaille avec les directeurs d'instituts de formation afin d'organiser les FPC en fonction des compétences recherchées. Par contre, elle sollicite très peu les pôles et organise peu de formation en interne, elle contractualise avec des organismes externes. Le chef de pôle le confirme en exprimant sa participation uniquement à la formation des médecins à l'université. Le coordonnateur des six instituts se dit « éloignée de l'établissement, non informée, ni intégrée aux différents projets ». Par contre, elle souhaite développer des formations professionnelles continues et regrette le manque de concertation avec les professionnels des pôles.

A partir de ces constats et selon les regroupements d'activités, le pôle formation peut avoir différents contours : un ou plusieurs instituts de formation initiale ; avec ou sans FPC des personnels voire incluant la FMC. Le rapprochement au sein d'un pôle crée une cohérence « *une lisibilité pour l'ensemble de l'institution, les agents et les partenaires extérieurs* » ce qui est confirmé par le bilan du CHS. « *Le pôle formation est mieux reconnu que les instituts de formation initiale ou continue : d'où la nécessité de la structuration d'un pôle formation* ». Nous l'avons aussi constaté lors d'un premier stage où la responsable de formation nous avait dit que la demande de formation avait « explosée », dès lors que les échanges avec les pôles avaient été clairement formulés au sein d'un pôle de développement des compétences.

2.2.2 Des budgets contraints

Tous les acteurs mettent en évidence un problème de diminution des budgets alloués à la formation, que ce soit en formation initiale que la régionalisation a contraint, ou celui de la FPC qui subit les demandes de retour à l'équilibre. La mise en place du budget annexe alloué par la régionalisation impose l'équilibre des recettes et des dépenses des IFSI. Dans tous les cas, les IFSI développent des formations continues ce qui procure des dividendes dans leur budget. Les services de FPC déploient des offres de formation afin de majorer les potentiels de formation interne et diminuer les coûts globaux. « *Aujourd'hui tous les établissements de santé développe la formation continue, le CH de la Rochelle est le premier organisme pour l'offre de formation dans sa région* » nous confirme M.CADIHLAC DRH ³⁷Développer le pôle formation au sein de l'établissement, c'est aussi le placer au sein du territoire de santé, ce qui augmente son potentiel d'offre de formation.

Par ailleurs le cadre de pôle souligne la difficulté de libérer les personnels pendant leur temps de formation alors qu'ils ne sont pas remplacés. De nombreuses formations sont annulées à cause des effectifs.

La gouvernance engage les acteurs dans une participation à l'évolution de l'établissement de santé. La contractualisation du pôle formation est un moyen de définir et potentialiser ses actions internes ainsi que le développement de son offre de formation.

2.2.3 Projet de pôle : un engagement du directeur de Soins

D'après le DSF du CHS, le directeur des soins/directeur du pôle formation a un rôle stratégique et politique dans le centre hospitalier, son positionnement sur une direction de pôle formation doit assurer sa fonction d'accompagnement des évolutions et des professionnels. « *Outre son management pédagogique de la formation, il s'agit d'être acteur stratégique et force de proposition permettant au centre hospitalier d'accomplir ses missions d'offre de soins. Le développement de l'offre de formation sur le territoire est un potentiel important à faire évoluer* ». Le DSF du CHU considère que le DSF doit faire évoluer les Instituts de Formations en regard des besoins du CHU. Les recrutements, stages et cours sont modélisés en fonction des besoins institutionnels. Par ailleurs, le DSF développe les FPC afin de mobiliser les pôles dans le nouveau référentiel de formation.

La formation doit savoir s'adapter aux besoins spécifiques et mouvants de l'activité réelle, or la réalité n'est jamais standardisée, il nous semble que le pôle de formation est un acteur essentiel dans l'adaptation de l'évolution des compétences attendues. Le DSF doit assurer une veille et s'engager dans cette adaptation.

³⁷ CADILHAC X., 2010, le projet social, cours EHESP.

2.3 Les enjeux de la formation

Après avoir installé le pôle, force est de définir quels objectifs et stratégies la formation doit poursuivre.

2.3.1 La formation initiale : un enjeu de recrutement et de fidélisation

Les DSCGS et DRH convergent vers la nécessité de répondre à l'évolution de la démographie professionnelle interne à l'établissement, « *la formation initiale doit fournir les professionnels attendus. Il s'agit de répondre à une notion d'attractivité mais aussi de fidélisation* » dit le DSCGS du CHS. Le DSCGS du CHU souligne la nécessité de l'adaptation de la formation aux évolutions professionnelles : « *si on parle de pôle formation acteur et d'organisation en pôle, il faut que le pôle formation connaisse les besoins en formation mais, surtout, les besoins de la prise en charge, qu'il intègre les modifications et les évolutions pour que les ajustements soit au plus fin de l'évolution des métiers et qu'il n'omette pas l'ouverture de l'hôpital dans son environnement. Il existe actuellement des logiques qui ne convergent pas* » et d'ajouter « *je pense qu'il faut fixer les règles et c'est de la responsabilité des DS* » Pour ce DSCGS il existe: « *deux mondes parallèles, il est nécessaire de par la demande législative du nouveau référentiel de formation de créer une cohérence* ». Dans ce contexte, le directeur de soins détient une place stratégique qu'il conviendra de déterminer et devra répondre à la question au sein du pôle formation : quels professionnels doit il former ?

Les partenariats institution, pôle et formation doivent émerger dans ce sens ajoute le DRH du CHS qui souhaitent créer des conditions de fidélisation des étudiants. « *La gestion des stages est un levier transféré aussi au pôle formation qui a la compétence pour affecter les étudiants dans les services. La direction des ressources humaines ne gère qu'en termes de calendrier et non de professionnalisation* ». De plus le DSF considère que « *gérer les stages permet aux formateurs de développer un réseau de partenariat* » et de collaborer à l'évolution de la professionnalisation de l'encadrement des étudiants.

2.3.2 L'alternance : une nécessaire collaboration entre DS

La formation initiale des professionnels de santé, s'organise autour d'une alternance théorie/stage. Si la théorie scientifique est un domaine qui est actuellement au centre de « l'universitarisation », l'apprentissage clinique est un enjeu de partenariats instituts de formation/service de soins. Pour les directeurs d'instituts, les étudiants sont formés vers un projet professionnel, le CHU ou CHS « *doit offrir aux étudiants la possibilité de développer leur projet dans un environnement apprenant* ». Les formateurs attendent de l'institution un encadrement en regard de la formation. Devant le nouveau programme de formation infirmier, les deux établissements ont souhaité développer des partenariats face aux

indications requises pour l'encadrement en stage clinique. « *Les professionnels étaient inquiets sur les nouvelles modalités d'évaluation* » note le DSCGS du CHS. Le DSCGS du CHU a, dans son projet de soins, un objectif de « *développement de la professionnalisation de l'encadrement en stage par le tutorat* ». Cette demande de formation institutionnelle est exprimée au niveau du service de FPC de la DRH. Ce service a sollicité l'IFSI pour l'organiser. Cet exemple est mis en exergue par le DSCGS, qui se demande si « *un affichage conjoint des DS dans ce projet n'aurait pas une valeur institutionnelle plus forte, valorisant le travail commun indispensable soins/formation et assurant une stratégie gagnant /gagnant* » elle insiste sur « *la nécessité de donner du sens à l'action et de la cohérence dans les projets* » Le DSCGS du CHS nous relate l'expérience d'un groupe de travail commun sur la définition de situations cliniques professionnalisantes. Ce groupe, sous la direction conjointe DSF, DSCGS a permis aux cadres de santé gestion et formation de réaliser un travail commun, présenté en Commission de Soins Infirmiers, Rééducation et Médico -Technique, assurant une cohérence vis-à-vis des personnels et des étudiants.

Selon le cadre de pôle « *La formation d'aujourd'hui basée sur la réflexivité n'est plus celle de la reproduction de connaissances techniques et demande une organisation des services cliniques, mais, aussi, la présence de formateurs pour inciter les professionnels à l'analyse de situation. Il existe une réelle difficulté temporelle dans les services pour intégrer ces nouvelles méthodes.* »

L'alternance est donc facteur de travail commun, la responsabilité des étudiants en stage est partagée selon le décret 2002-550³⁸ entre le DSCGS « qui est responsable des étudiants lors de leur stage dans l'établissement » et le DSF qui « est responsable de l'organisation de la formation initiale », notamment de « l'enseignement théorique et pratique ». Le nouveau programme impose des partenariats entre Directeur Soins Coordonnateur Général des soins et Directeur Soins Formation du fait des nouvelles exigences de tutorat et d'encadrement des étudiants, mais aussi des modes d'évaluation des compétences.

2.3.3 La formation continue : un levier de développement des compétences ?

Le développement des compétences est une nécessité dans le contexte actuel la Responsable de formation du CHU « *il s'agit de garantir le maintien des compétences à un poste de travail, on sait qu'aujourd'hui tout diplôme a une validité inférieure à 10 ans* ». Le DSCGS du CHU : « *tant que nous n'aurons pas mis des mots sur le terme de compétence, la structuration et l'organisation ne pourra être optimum, C'est en cela que la stratégie des directeurs de soins doit être convergente, le discours doit permettre la recherche de sens* ». Le CHS fait un travail d'éclaircissement des compétences par métier, c'est un axe du futur projet de soins en cours d'élaboration.

³⁸ Décret 2002-550 op cit

Dans les deux établissements, **les demandes de formation** ne sont pas induites par un projet d'amélioration des compétences. Le DSCGS du CHU pense que c'est «*un grand chantier pour l'avenir*» tandis que le cadre de pôle estime que «*Les demandes et attentes ne sont pas bien formulées, c'est un peu la commande au Père Noël*», de plus, il constate que «*Les agents sont peu demandeurs*». Le chef de pôle considère que «*l'expérience vaut toute formation*», il souhaite «*un développement de l'expertise collective, véritable enjeu de la qualité des soins et de la fidélisation des personnels*». Il s'agit pour les cadres d'organiser des analyses de situations qui permettent de faire évoluer la compétence individuelle et /ou collective des personnels. Au CHS, les demandes au cadre de pôle ne sont pas formulées en termes de compétences à acquérir, mais en termes de thèmes à découvrir.

La **délégation de formation aux pôles** n'est pas identique dans les deux établissements. Au CHS, le directeur du pôle formation attribue une enveloppe aux pôles afin qu'ils gèrent les formations spécifiques du projet de pôle. Au CHU seule l'enveloppe destinée au financement des congrès, salon, conférence est déléguée. Le chef de pôle précise n'avoir pas été consulté pour la formation des paramédicaux, mais, aussi, ne pas avoir la compétence pour cette gestion. Suite aux données du décret 2010-656³⁹ la professionnalisation des chefs de pôles dans leur fonction s'avère à concevoir.

L'évaluation des compétences et des parcours individualisés n'est pas actuellement organisée. Si l'évaluation annuelle existe dans les deux structures, les cadres évaluent les agents selon leurs résultats. Une formation à l'entretien annuel de formation est à organiser. Nous notons que c'est aussi un axe principal émis par la DGOS⁴⁰. Le gain apporté, au retour de formation, par les nouvelles compétences acquises n'est ni évalué et ni valorisé. Au CHU comme au CHS, il existe un seul retour par des agents formés lors de la journée d'échanges thématiques annuel organisée par leur pôle. «*C'est l'exemple d'un pôle qu'il serait bien d'étendre* » dit le DSCGS du CHS «*mais il s'agit de la responsabilité des pôles.*»

Lors de notre premier stage, le pôle formation avait organisé la formation de tous les cadres à l'entretien annuel de formation et à l'évaluation des compétences. Une demande de formation formulée en compétences visées était exigée. Cette exigence a motivé les professionnels à s'interroger sur leurs compétences acquises et à les faire évoluer. C'est ainsi que ce constitue le passeport individuel de formation initié dans les dispositions de la formation tout au long de la vie.

³⁹ Décret 2010-656, op-cit

⁴⁰ LETTRE-CIRCULAIRE N°DGOS/RH4/2010/284 du 22 juillet 2010 relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel,

Actuellement, dans les deux établissements, **les projets de soins et les projets de formation** sont élaborés par les deux directions respectives sans concertation. Nous avons constaté dans les deux projets de soins des objectifs de développement des compétences engageant les IFSI et FPC. De même des objectifs quant à l'organisation de l'alternance sont formulés sur les projets de formation. Les directions prévoient donc des interfaces sans concertation préalable.

2.3.4 Les formateurs : des pédagogues au service des pôles d'activité ?

Si M. F, Directeur Général d'un CHU, parle d'autonomie des instituts de formation, les DRH notent « *l'éloignement du terrain des CSF, ce qui a diminué de façon concrète leur légitimité dans leur fonction soignante* ». Leur expertise pédagogique est peu reconnue. Ce qui est validé par le DSCGS du CHU qui affirme que « *tous les cadres font de la pédagogie, il ne s'agit pas d'une science exacte limitée aux seuls formateurs*» Les formateurs le confirment aussi et l'un exprime que « *les CSG ne connaissent pas leurs activités ce qui met une barrière naturelle dans les relations*» l'un d'entre eux souligne « *80% des CSF ont été CSG, l'inverse ne se justifie pas*». En conséquence, « *le rôle du Cadre Formateur est souvent réduit aux évaluations. En fait, ce rôle est centré sur l'étudiant. Le formateur devrait être une ressource dans l'accès des étudiants à l'apprentissage, la conceptualisation de l'évaluation et son organisation, l'appropriation du terme compétence et la définition des situations clés d'apprentissage*». Pourtant le cadre de pôle déplore « *la présence des formateurs uniquement dans le cadre des situations d'évaluations normatives* ». La posture du formateur dans la réflexivité est peu connue des services de soins ce qui est confirmé à la fois par les professionnels de terrain et les formateurs.

Tous les formateurs du pôle formation initiale du CHU ont un diplôme universitaire leur donnant une expertise, dont 60% un master. Au CHS, 80% des formateurs ont un cursus universitaire.

Aujourd'hui, les cadres formateurs s'engagent vers une référence de stage mais ils ne semblent pas destinés à intégrer les pôles. Pourtant, pour le DSCGS du CHU « *Il existe une nécessité d'un partenariat affiché, accentué, une présence permettant une remise à niveau garante de la formation adaptée aux exigences des pôles* ». Le cadre de pôle, lui, souhaite « *une présence permettant l'évaluation des compétences des étudiants en regard des compétences attendues dans les pôles par les professionnels* ». Redonner une place au CSF dans les pôles est un vœu de tous les acteurs. Il reste à définir quelle place et quels enjeux.

2.4 Synthèse globale

L'analyse globale des données comparée aux questions de départ montre que, au sein du centre hospitalier de référence, la position d'un pôle formation dépend de son envergure. Les instituts de formations seuls ne sont pas intégrés dans les projets. Le regroupement des formations initiales et continues est un élément stratégique qui donne une lisibilité au parcours des agents dans « la formation tout au long de la vie ». Cela relève d'une politique institutionnelle de développement des compétences.

Les formateurs ont des valeurs et expertises à partager avec les acteurs des soins mais leur positionnement doit être validé au sein des pôles. La méconnaissance des atouts disponibles qu'ils représentent et leur éloignement des stages en font des théoriciens. Si les services sont peu impliqués dans les formations initiales ou continues, il émerge une demande à intégrer les projets et les programmes de formation.

Le nouveau programme de formation est un levier de partenariat à construire dans le cadre du dispositif d'alternance, de l'apprentissage par analyse de situations et de l'évaluation des compétences.

Les liens entre directions ne sont pas clairement exprimés, ils dépendent des personnes en place. En fait, délimiter les frontières entre les différentes directions permet la définition des responsabilités partagées et spécifiques. La formation professionnelle se structure, cependant, il est nécessaire qu'une politique de gestion des compétences soit instituée afin que les agents s'investissent dans un développement personnel et que le plan de formation soit un réel levier d'évolution de l'établissement.

Le frein budgétaire émergeant des nouvelles données de gestion des établissements de santé va réduire les possibilités d'accès aux formations. Pourtant, la formation constitue une ressource essentielle d'adaptation des compétences pour les personnels. Le directeur de la formation devra développer des stratégies et une ingénierie adaptée afin de répondre à ces nouveaux impératifs.

3 Le pôle formation dans l'accompagnement des évolutions

Après avoir étudié le fonctionnement de la formation au sein de deux centres hospitaliers, nous allons nous positionner dans notre future fonction et envisager la pratique du directeur de soins intégrant ce pôle. Nous l'avons dit, le centre hospitalier qui nous accueillera a intégré le département de FPC et l'IFSI dans un pôle formation en 2009. Ce pôle doit maintenant se structurer et apporter une réelle plus-value à l'établissement.

Dans le contexte actuel, nous avons remarqué que la FPC était encore formulée en demande d'acquisition de connaissances. Il s'agit aujourd'hui de passer d'un établissement favorisant la qualification à une «entreprise apprenante», qui relie apprentissages individuels et collectifs dans le but d'améliorer les performances économiques, sociales et humaines. Le pôle formation doit pouvoir accompagner l'hôpital dans cette évolution de développement des compétences.

Par ailleurs, il est nécessaire de situer notre action dans une véritable logique économique qui impose une analyse des besoins et des performances adaptées aux exigences. Le pôle formation devra développer une réflexion sur la stratégie à adopter, les partenariats à instaurer et l'ingénierie de formation à proposer.

3.1 La structuration de l'hôpital en entreprise apprenante

3.1.1 Le positionnement du directeur du pôle formation

Le directeur des soins directeur du pôle formation doit asseoir son positionnement au sein de l'équipe de direction du centre hospitalier. Outre le management pédagogique de la formation, il s'agit d'être acteur stratégique et force de proposition permettant au centre hospitalier d'accomplir ses missions d'offre de soins. Comme le souligne M. F. directeur générale de CHU, « si la direction des hôpitaux est toujours concernée par les instituts de formation, elle n'est plus concernée seule ». Au regard de la multiplicité des interlocuteurs, hôpital de référence, région, Agence Régionale de Santé et université, la position des directeurs de soins en formation s'est complexifiée. Si nous regardons le référentiel des métiers de la fonction publique hospitalière, ainsi que le décret 2002-550, le DSF réalise ses activités professionnelles au regard de différentes missions.

Mission politique et stratégique :

- *Définition et mise en œuvre de la politique spécifique dans son domaine d'activité,*
- *Organisation et mise place de partenariats extérieurs.*

A ce titre, le DSF établit un projet de pôle incluant les projets d'établissements de formation initiale. Ces projets doivent intégrer une vision prospective des évolutions des métiers et des besoins identifiés sur le territoire. Le DSF rend compte à la direction de l'établissement de

rattachement, il établit un rapport annuel d'activité présenté en conseil pédagogique pour les Instituts de Formations.

Le DSF établit des relations avec les universités, conseils régionaux, ARS dans le cadre de la mise en place du LMD et des évolutions professionnelles.

Le DSF est en lien d'une part avec les organismes payeurs et collecteurs agréés dans le cadre de la formation professionnelle des étudiants et des agents et, d'autre part, avec les organismes sociaux d'orientation professionnelle du bassin d'emploi.

Ces différentes relations nécessitent une organisation de la communication interne et externe du pôle.

Mission pédagogique

- *Le DSF est responsable de la conception du projet pédagogique, de l'organisation de la formation initiale et continue, de l'organisation des enseignements théorique et pratique.*

Le DSF accompagne la mutualisation des compétences au sein du pôle. Il s'agira de définir de nouveaux axes d'offre de formation mais, aussi, d'organisation et répartition des responsabilités au sein du pôle, afin de proposer une ingénierie adaptée. Dans le cadre de la Formation tout au long de la vie, de nouveaux outils et moyens sont proposés aux agents. La mise en œuvre effective doit être conforme à la législation. Dans le cadre de la formation Infirmier, il faudra poursuivre « l'universitarisation » et l'organisation de la formation selon le nouveau référentiel.

Mission gestion et contrôle

- *Gestion des moyens des ressources techniques, financières, humaines et informationnelles ;*
- *Coordination des programmes, projets, activités ;*
- *Encadrement, Gestion et développement des personnels ;*
- *Organisation, coordination, supervision des contrôles relatifs aux activités ;*
- *Planification des activités et des moyens ;*
- *Contrôle et suivi de la qualité des prestations ou contrôle des études.*

Le DSF est responsable de la gestion administrative de son pôle. Il est chargé de la gestion des instituts, notamment financière, en regard des prescriptions du conseil régional pour les formations initiales. Il administre la gestion des ressources humaines du pôle et garantit la gestion logistique. Il doit s'inscrire dans une démarche qualité.

Dans le contexte actuel, le pilotage efficient et dynamique de la gestion du pôle est un enjeu pour le directeur des soins.

Mission recherche

- *Enseignement et supervision des travaux dirigés de recherche et d'études.*

Dans ce cadre, devant le programme de recherche initié par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) pour développer la recherche en soins, le DSF proposera un soutien méthodologique et logistique du pôle formation aux équipes de soins.

Mission veille

- *Veille réglementaire spécifique à son domaine d'activité, mais aussi en termes de prospective d'évolution des métiers.*

Cette veille doit inciter le directeur à manager l'évolution du pôle dans un contexte très chargé et être force de proposition pour l'institution.

3.1.2 Légitimer le pôle formation dans un projet de développement des compétences

Le DSF devra élaborer un projet de pôle, il a aussi la responsabilité de formuler un projet d'instituts pour les demandes d'agrément des instituts à la région. Le projet de pôle sera donc défini, comme le projet d'établissement, en plusieurs thèmes : les formations initiales en cours et en perspective, le développement des formations professionnelles, les ressources envisagées, les projets de développement. Notons que la demande d'agrément de l'IFSI a été transmise à la région en janvier 2010 selon le calendrier demandé.

Tout projet s'inscrit dans un contexte. Il est l'expression de l'histoire des organisations et de ses acteurs. Il y aura donc plusieurs étapes à respecter :

-Le bilan de l'existant permettra d'identifier les acteurs, partenaires, enjeux, ressources et freins. Nous l'inscrirons au sein du territoire politique, économique, social et de santé. Il s'agit d'articuler ce qui existe à ce qui sera. Il sera notre premier axe de travail.

-La rencontre avec les acteurs : Connaître la demande de tous les acteurs de l'établissement en matière de stratégie de formation donnera un sens partagé au développement du pôle. Nous proposons donc de rencontrer toutes les directions fonctionnelles, le président de la commission médicale d'établissement, les chefs de pôles, les partenaires sociaux, mais, aussi, les responsables politiques et sociaux, le pôle emploi, les lycées voisins, les différents partenaires de la formation initiale que sont la région, l'ARS et l'université. En effet, inscrire le pôle formation dans le territoire peut lui donner une place dans le développement social. Il s'agit de mettre en oeuvre une politique de formation adaptée à l'environnement et pour cela, d'évaluer les besoins et les ressources existantes.

-La stratégie de l'établissement : Collaborer à la gouvernance de l'établissement signifie intégrer le projet du pôle formation dans la stratégie du projet d'établissement. Ce projet est en cours d'élaboration. Le projet de l'établissement détermine les orientations en matière

d'évolution des projets médical, de soins et social. Nous savons que deux axes du projet de soins seront à partager avec le pôle formation : la professionnalisation des acteurs de soins et l'initiation à la recherche». Par ailleurs, la gestion des compétences initiée par la DRH, la mise en place de la contractualisation exigée dans les derniers textes, seront autant de projets qui doivent nécessiter la mise en place de formations. A ce jour, si les pôles d'activité clinique sont définis, aucun contrat de pôle n'est signé, les pôles administratifs ne sont pas déterminés. Le pôle formation situé au sein de la direction des soins est une stratégie du projet d'établissement vers le développement de la professionnalisation des personnels et l'extension de l'offre de formation initiale et professionnelle continue sur le territoire.

-La formation tout au long de la vie : une stratégie formation initiale et continue

Il sera nécessaire, avec le département de FPC, de faire le bilan de l'avancement de la démarche afin de conceptualiser la suite de la mise en œuvre. Les nouveaux dispositifs : Droit Individuel à la Formation, période professionnalisation et parcours individualisé sont à élaborer.

-Définir une politique de formation

Comme nous l'avons vu lors de notre recherche, structurer le pôle garantira une cohérence et une lisibilité pour les agents et les partenaires mais aussi, développera la professionnalisation. Afin d'assurer une transversalité des projets de formation et une cohérence dans l'établissement, à l'instar de la commission de formation, organe officiel pour la formation professionnelle continue, il conviendrait de constituer une commission spécialisée, rassemblant les représentants des différentes catégories d'acteurs : chef de pôle, DRH, DSG, représentants du personnel, partenaires extérieurs experts (Par exemple : universités), favorisant la structuration du projet annuel de l'offre de formation et l'évolution des formations nécessaires.

Le développement des compétences se modélise en situation de travail, le rapprochement de l'activité et de la formation est un enjeu de l'ingénierie de formation à mettre en œuvre.

-Définir une politique de développement du pôle

L'organisation du pôle doit pouvoir nous faire entrevoir certains objectifs généraux à opérationnaliser en fonction du bilan effectué :

- Installer la formation tout au long de la vie au sein de l'établissement, de la formation initiale à la formation professionnelle continue.
- Réaliser le partenariat universitaire
- Mutualiser les ressources actuelles telles que la documentation, les moyens logistiques et humains.
- Réaliser la démarche qualité propre à la formation
- Développer l'offre de formation effectuée par le pôle formation sur le territoire

Le projet de pôle sera élaboré dans les six mois en fonction de l'analyse des étapes précédentes. Nous pouvons concevoir sa réalisation pour 2012-2016 Une déclinaison chronologique annuelle est prévue. La validation de la direction générale sera une étape déterminante. Puis une phase de communication interne (toutes les instances) et externe sera ensuite nécessaire afin de le faire connaître.

Un échéancier d'évaluation annuel sera élaboré afin de garantir la viabilité et l'adaptation de son évolution. Les critères d'évaluation seront définis en fonction des objectifs annuels.

3.1.3 La communication : un enjeu de reconnaissance

Communiquer vient du latin communicare qui signifie «être en relation avec». La communication est l'action, le fait de communiquer, d'établir une relation avec autrui, de transmettre quelque chose à quelqu'un, l'ensemble des moyens et techniques permettant la diffusion d'un message⁴¹. La communication est un enjeu pour le pôle car «un discours qui accompagne l'action, une modalité de l'agir sur le monde. Communiquer est une manière de transformer la réalité⁴² » Par la communication, modifier le regard des personnels sur le pôle formation est l'objectif à atteindre.

Si la formation a une action transversale sur l'évolution des pratiques, elle se doit d'être connue et transparente à tous les niveaux de l'établissement. Une politique de communication sera élaborée dans le projet de pôle et structurée autour des informations à transmettre, de la périodicité, de la forme de transmission et des outils à développer.

a) Interne

La communication interne se fera auprès des instances officielles et des personnels. La connaissance de la structure du pôle formation, sa politique et ses enjeux doivent être lisibles pour tous les acteurs du centre hospitalier. Cela permettra des échanges dynamiques. Si le projet du pôle est une information indispensable à l'ensemble des personnels, il se nourrit d'informations requises auprès des acteurs.

La création d'un portail sur le site Internet de l'établissement, la communication des plans et projets dans les réunions, la création de document, la diffusion des procédures seront autant de moyens à définir.

Par ailleurs la communication avec les partenaires sociaux est aussi un élément important du dispositif d'échanges internes.

Le pôle formation sera en lien continu avec les pôles.

b) Externe

La communication en externe du centre hospitalier sera assurée afin de faire connaître le pôle formation, de participer à la valorisation des actions mais aussi, d'assurer leur

⁴¹ Wikipédia op cit

⁴² PARENT B., février 2010, introduction à la santé publique, cours EHESP

promotion auprès de la population du territoire en vue d'augmenter l'attractivité des instituts. Cette communication est primordiale dans notre centre hospitalier car l'IFSI, issu d'une école d'infirmières psychiatriques, est toujours assimilé à ce passé. Si communiquer est une manière de transformer la réalité, alors l'enjeu sur le territoire est important.

La communication se fera par la diffusion de documents et la participation aux événements locaux de type salon et/ou conférence. L'organisation de portes ouvertes peut être envisagée. Cette orientation sera largement orientée vers les partenaires connus et potentiels.

3.2 Les partenariats à construire

Le partenariat peut se définir comme une association active de différents intervenants qui, tout en maintenant leur autonomie, acceptent de mettre en commun leurs efforts en vue de réaliser un objectif commun. Les différents projets ne peuvent se construire au seul niveau du pôle mais au sein de partenariats enrichissants, clairement définis. Le pôle formation a un rôle politique et économique à développer en fonction des axes de développement de l'établissement.

3.2.1 Partenariats internes

Direction des Soins/pôle de formation

Aujourd'hui, le pôle formation est intégré à la direction des soins. Deux remarques peuvent être émises : d'une part le directeur des soins, coordonnateur général des soins, *contribue à l'élaboration des programmes de formation, il est responsables des étudiants lors de leur stage au sein de l'établissement*, les relations sont facilitées entre coordonnateur général des soins et directeur de la formation, les synergies opératoires seront effectives. D'autre part, le DSCGS est membre de droit du directoire, il porte ainsi la formation au niveau politique de l'établissement. Le DSF assiste aux réunions de direction de soins, ce qui permet un échange avec les cadres de pôles et la réalisation de projets communs. Valoriser le potentiel humain par la compétence et l'implication des personnels demande au directeur des soins de mobiliser les cadres supérieurs et les cadres de proximité. C'est mobiliser l'encadrement dans une organisation apprenante. La position commune des directeurs sera particulièrement opérante.

Différents axes de partenariat sont indispensables à formaliser pour l'information des personnels :

1) L'élaboration d'une politique commune d'organisation de l'alternance dans la formation initiale

Le projet doit s'intéresser à plusieurs thèmes, notamment

- **Elaboration de la charte d'encadrement** : une trame commune à l'établissement doit permettre une transversalité dans les réflexions pédagogiques des pôles.

- **Formation tutorat et formation à l'évaluation des compétences** : une offre de formation élaborée par le pôle formation, à développer vers les pôles pour améliorer l'accompagnement des étudiants.

- **Gestion des stages** : leur gestion par le pôle formation permet une centralisation des demandes et une individualisation des parcours des étudiants.

- **Organisation des activités de simulation** : en raison de séjours de plus en plus courts et du nombre insuffisant de stages, de nombreuses situations échappent aux étudiants durant leur formation. Réaliser des exercices de simulation avec les professionnels, d'une part, légitime la situation devant les étudiants et, d'autre part, induit une démarche réflexive au niveau des services de soins.

2) L'intégration des cadres formateurs aux pôles

Un projet commun, répondra aux objectifs suivants afin de créer une synergie activité clinique et formation ;

- Participer aux conseils de pôles ;
- Organiser la formation des étudiants au regard des évolutions institutionnelles ;
- Apporter un soutien méthodologique aux cadres de santé des services de soins ;
- Valoriser des activités d'expertise et de recherche en soins.
- Favoriser l'attractivité des étudiants dans les services

Une évaluation annuelle portera sur l'activité des formateurs au sein des pôles.

3) Le développement de la recherche en soins

Ce projet est à construire devant l'objectif posé du projet de soins et l'expertise du pôle formation dans ce domaine. Les directeurs de soins formation et gestion seront les pilotes de ce projet. Il ne pourra se réaliser qu'à moyen terme après installation du pôle formation.

Pôle formation – Direction des Ressources Humaines.

Le partenariat avec le DRH, dans la GPEC, est à élaborer. La formation est un levier de la GPEC, le pôle formation doit être positionné clairement en ce sens. L'important est de déterminer les synergies et frontières, pour assurer une transparence des fonctions de chaque direction dans des procédures diffusées aux salariés.

Le sujet le plus délicat, mis en évidence dans tous les entretiens, est l'organisation des promotions professionnelles. Entre directions, il existe plusieurs choix à opérer et les acteurs doivent être clairement identifiés par les personnels. Ainsi, une procédure entre la DRH et le pôle formation indiquera-t-elle aux personnels le parcours de demande des promotions professionnelles, l'organisation des traitements et réponses apportées en regard.

La politique de management des cadres dans la professionnalisation des agents est un axe à développer dans un projet commun en termes de structure de l'évaluation annuelle ; de

responsabilisation des agents pour leur développement personnel, de valorisation de parcours individualisé.

La gestion horaire du Droit Individuel à la Formation est une responsabilité du DRH, il est donc nécessaire de la piloter avec des tableaux de bord communs.

Pôle formation/pôle d'activité clinique

Si chaque pôle a signé un contrat avec l'établissement, il met en place la stratégie de formation déterminée dans le projet de pôle. Elaborer un cahier des charges, réaliser un programme d'amélioration de compétences, établir une demande de formation, autant de thèmes qui relèvent de la compétence du pôle formation. Il est donc nécessaire de mettre en place une cellule de partenariat à la réponse aux besoins des pôles. Dans la structuration de ses formations, le pôle d'activité clinique reste entièrement autonome dans ses choix et la gestion budgétaire afférente et le pôle formation vient se positionner en aide technique. Ce partenariat doit être clairement identifié.

Au sein de chaque pôle, un formateur référent permettra le lien entre l'activité clinique et la formation, qu'elle soit initiale ou continue. Le travail en commun des cadres doit favoriser le développement de l'harmonisation des formations théoriques et cliniques et diminuer les écarts. Il permettra d'organiser l'encadrement des étudiants, de former les personnels à la réflexivité, véritable levier de professionnalisation. Les cadres formateurs pourront intégrer des groupes de travail, tels que l'Evaluation de Pratiques Professionnelles, et les cadres des services, s'engager dans les formations dont l'expertise relève de leur pôle.

Pôle formation / Direction des affaires financières

Le pilotage de la gestion financière des instituts et de la formation professionnelle continue nécessite d'établir des tableaux de bord de suivi et d'analyse des différents budgets. Un partenariat s'établit de fait avec la direction des affaires financières.

3.2.2 Partenariats externes

Université : le référentiel 2009 induit des enseignements universitaires. Il s'agit des enseignements scientifiques pour lesquels l'université a la responsabilité des organisations, dispensations des enseignements et évaluations. Une convention est signée par le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) pour les IFSI avec la Faculté de Médecine et la Région.

A partir de ce partenariat, il est possible d'envisager, à plus long terme, des projets de réalisation de formation, de type Diplôme Universitaire ou Master, en vue de modéliser les expertises nécessaires au niveau du centre hospitalier ou dans le territoire de santé. Des conventions spécifiques seront alors à définir.

IFSI secteur Dans le cadre du GCS ou du Comité Entente Formation Infirmière Et Cadre (CEFIEC), des échanges entre professionnels s'organisent et des partenariats s'établissent dans lesquels la réflexion pédagogique s'opère. Les rencontres entre IFSI facilitent la définition de procédures communes, notamment dans l'administration des instituts et l'organisation des formations.

Lycées : les établissements scolaires sollicitent les établissements de santé et les IFSI pour participer à leur carrefour des métiers. La connaissance des métiers de la santé est importante à développer, afin de favoriser l'attractivité des formations pressenties en difficulté dans les années à venir et de garantir les quotas dans nos instituts. Des échanges, visites, conférences peuvent s'envisager, notamment pendant la préparation aux concours d'entrée dans les instituts.

ANFH le lien avec l'ANFH est continu dans le processus de formation professionnelle continue. Les propositions de formation aidant la mise en place des différentes évolutions législatives et la professionnalisation des acteurs de la formation en font un prestataire essentiel.

Tous ces partenariats accentuent la transversalité de la formation, le pôle formation doit répondre par une ingénierie de formation adaptée.

3.3 Une ingénierie à adapter

On entend par **Ingénierie de formation** un ensemble de démarches méthodiques et cohérentes qui sont mises en œuvre dans la conception d'actions ou de dispositifs de formation afin d'atteindre efficacement l'objectif visé. L'ingénierie de formation s'intéresse particulièrement au développement des compétences dans le cadre du montage du dispositif de formation pour répondre à une demande donnée. Plus explicitement, l'ingénierie de formation comprend les méthodes et pratiques de l'analyse de la demande et des besoins de formation ; la conception d'un projet de formation; la définition des méthodes et moyens à mettre en œuvre ; la coordination et le suivi de la formation; l'évaluation de la formation ainsi que les modes de validation envisagés.⁴³

Concevoir la formation nécessite donc un temps de réflexion, d'élaboration et de mise en œuvre. Différents outils sont à utiliser et mutualiser dans un pôle de formation stratégique à l'établissement. Nous n'établirons pas un catalogue d'outils utilisables mais des thèmes prioritaires dans l'ingénierie à développer.

3.3.1 Plan de formation/ projet pédagogique

Les plans de formation professionnelle continue et projets pédagogiques des instituts sont à élaborer. S'appuyant sur les valeurs de l'institution, le projet d'établissement et le document d'orientation pluriannuel de formation, le DSF est garant de leur formalisation au sein du

⁴³ Wikipédia, encyclopédie, op cit

projet de pôle. Le pilotage du pôle permet une cohérence dans ces projets de professionnalisation.

Au sein du plan de formation, il sera nécessaire de décliner les axes ordonnés par la législation en termes d'actions obligatoires nécessitées par les vigilances, de formations liées au projet d'établissement, d'études promotionnelles mais, aussi, d'offres de formation proposées par l'établissement. A ce niveau, il faudra engager une politique de structuration d'offres en fonction des expertises des pôles. Engager les pôles dans la dispensation d'action de formations permettra d'augmenter l'offre de formation des personnels dans le respect du budget. Par exemple, avec le pôle gériatrie, il est possible de construire une formation d'auxiliaire en gérontologie préconisée par le plan Alzheimer. Nous pourrions ainsi former le personnel du centre hospitalier et proposer cette formation dans le territoire de santé. Nous introduirons ces offres de formation en fonction des expertises disponibles et des choix opérés au sein de la commission spécialisée définie dans le projet de pôle.

Selon les moyens à disposition, nous introduirons, à moyen terme, les techniques informatiques de communication et d'information pour les professionnels. Déjà opérationnels en IFSI, ces techniques pourraient être étendues aux professionnels. Ce projet ne peut se réaliser que dans une perspective plus lointaine, dans la mesure où les cours universitaires seront pour la plupart diffusés à distance. Le pôle formation devra donc se munir de moyens technologiques. Dans un deuxième temps, il sera intéressant de développer, pour le personnel, une offre de formation à distance permettant des périodes d'autoformation et de parcours individualisés.

3.3.2 Valorisation des formations

A ce jour, nous l'avons vérifié, il existe peu de valorisation des formations effectuées. La déclinaison des demandes de formation en termes de compétences à acquérir doit permettre aux professionnels de se déterminer dans un cursus d'évolution personnelle. Nous avons vu que les compétences ne s'exerçaient qu'en situation de travail, il reviendra donc aux cadres d'évaluer les compétences acquises par les actions de formation des agents. Evaluer l'impact des formations au niveau des pôles sera, à court terme, un objectif du pôle formation.

Valoriser ne peut pas se limiter à évaluer. Si les formations qualifiantes et ou diplômantes sont valorisées par une évolution statutaire et financière, les formations améliorant les compétences ne sont pas, aujourd'hui, reconnues. La plus-value induite par les expertises développées doit pouvoir être mise en évidence par différents moyens : conférence, retour sur expérience, publication, responsabilité / référence transversale. Par exemple, la diffusion ou l'utilisation des mémoires des étudiants cadres de santé ou étudiants des instituts de formation pourraient engager les axes d'amélioration préconisés dans leur recherche.

Dans un premier temps, le pôle formation sera en mesure de diffuser à tous les agents un passeport formation dont les modalités d'utilisation seront déterminées. Cet outil sera le témoin des compétences acquises tout au long de leur carrière professionnelle. Déjà institué dans la formation initiale, ce passeport est à construire dans la FPC.

3.3.3 Centre de Documentation et d'Information CDI,

L'IFSI possède un centre de documentation et d'information que nous proposons d'ouvrir à l'ensemble des personnels. La documentaliste peut guider les personnels dans les recherches documentaires et diffuser une revue des sommaires à l'ensemble des services.

Le centre documentation sera en partenariat avec le centre de documentation universitaire ce qui augmente le fond documentaire disponible. L'accompagnement dans les recherches sera ainsi facilité

Un règlement intérieur sera défini et remis aux utilisateurs. Le CDI deviendra alors, un lieu d'échange et de réflexion pouvant aider la recherche en soins.

Le rôle du directeur de soins formation est déterminant dans le positionnement du pôle formation au sein du centre hospitalier. La politique de formation doit répondre aux besoins du territoire de santé. La transversalité de la formation sur l'établissement exige des partenariats organisés et opérants. Le positionnement du directeur de soins formation dans sa mission stratégique et politique de l'établissement sera déterminant, afin que le pôle assure sa mission de ressource interne.

CONCLUSION

La nouvelle gouvernance introduit des modifications dans l'organisation hospitalière. Si les pôles d'activité clinique sont structurés par la législation, les pôles administratifs restent organisés selon la volonté des établissements. Cela peut être une opportunité pour déterminer le périmètre d'un pôle formation.

Les orientations européennes de la formation se sont imposées en France en matière de formation professionnelle et en matière de formation initiale. D'une part la formation tout au long de la vie modifie le paysage de la formation continue. D'autre part, l'harmonisation des formations initiales paramédicales par l'adoption du principe LMD conduit à une évolution du cadre universitaire et des pratiques pédagogiques. La société de la connaissance requiert un apprentissage permanent. En effet, l'obsolescence rapide, dans tous les domaines de l'environnement du travail, des techniques, des connaissances et savoir faire rend indispensable, à la compétitivité mais aussi à la qualité des services, une adaptation continue des compétences, aucune formation initiale ne pouvant satisfaire tous les besoins d'une vie professionnelle.

Les actuelles évolutions économiques des établissements les engagent dans une recherche d'efficience. Le capital humain est une composante stratégique aujourd'hui reconnue de la performance. Si, face à la complexité des réformes, la formation peut être un élément clé pour répondre à l'adaptation des établissements, le contexte économique est source de difficultés et affaiblit leur capacité d'investissement.

Le positionnement d'un pôle formation, assurant la synergie entre les formations, permet d'apporter des réponses stratégiques, aux besoins d'évolution des compétences dans une dimension territoriale.

La posture du directeur de formation montre qu'il peut développer une politique et une stratégie d'accompagnement de l'établissement de santé dans les évolutions contextuelles. Son expertise, et ses qualités managériales en font un acteur essentiel pour favoriser la qualité des parcours de soins, la bientraitance, la gestion des compétences, à travers une politique de formation adaptée. Le directeur des soins formation saura dynamiser la recherche en soins en partenariat avec la direction des soins.

A travers cette étude, nous avons positionné le pôle formation intégrant formation initiale et professionnelle continue dans le centre hospitalier, cependant les préconisations actuelles visent à développer des centres régionaux de formations paramédicales. L'avenir des formations paramédicales se situe dans une réflexion nationale avec les universités, l'évolution des métiers et des expertises émergentes. Les centres hospitaliers seront toujours les lieux d'apprentissage de l'exercice clinique. Il reste à organiser les synergies entre évolution scientifique des formations, démographie professionnelle, compétences et qualité des soins.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

-MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS LETTRE-CIRCULAIRE N°DGO/S/RH4/2010/284 du 22 juillet 2010 relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi N°89-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

-MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS Décret 2010-656 du 11 juin 2010 relatifs aux pôles d'activité clinique ou médico - technique dans les établissements publics de santé, JORF du 16 juin 2010

-MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier, JORF n°0181 du 7 août 2009 page 13203

- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS Arrêté du 31 juillet 2009 relatif aux autorisations des instituts de formations préparant aux diplômes d'infirmier, infirmier de bloc opératoire, infirmier anesthésiste, puéricultrice, masseur kinésithérapeute, pédicure podologue, ergothérapeute, manipulateur d'électroradiologie médicale, aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulancier, technicien de laboratoire, cadre de santé et aux agréments de leur directeur

-MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Loi n°2009-87 9 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF 22 juillet 2009 p12184

-CIRCULAIRE N° DHOS/RH2/RH4/2009/173 du 22 juin 2009 relative à l'application du décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière

-MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière, JORF N°0196 du 23 août 2008 pp13285 texte 49

-MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux. JORF n°108 du 10 mai 2007 page 8324

- MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé JORF n°102 du 3 mai 2005 page 7626 texte n°15

-REPUBLIQUE FRANÇAISE Loi 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, JORF n°190 du 17 août 2004 page 14545

-MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière. JORF n°95 du 23 avril 2002 -page 7187

OUVRAGES

-BANCEL F., 1997, *la gouvernance des entreprises*, édition economica, Paris, pp111

-BELET D., 2001, *Devenir une vraie entreprise apprenante*, éditions d'Organisation, Paris, pp217

-BESNARD P., LIETARD B., 2001, *la formation continue*, éditions PUF Paris, pp 110

-CARRE .Philippe, 2005, *L'apprenance vers un nouveau rapport au savoir*, édition Dunod, pp 211

-CORNELIS J., 2005, *Nouveau guide pratique de gestion des compétences*, édition publibook, pp305

-DUPUICH-RABASSE F. (éd), 2008, *Management et gestion des compétences*, édition Paris, l'Harmattan, pp251

-LE BOTERF Guy. : *Professionaliser*, Edition d'organisation, Paris pp140

-LEGUY P., MORIN J., BREMAUD L., PINEAU G., 2005, *Se former à l'ingénierie pédagogique*, édition L'harmattan, Paris pp 221

-LETEURTRE H., MALEA P., 2005, *Performance et gouvernance hospitalière*, Paris, éditions Berger Levrault p255

- MEIGNANT P, 2003, *Manager la formation*, édition Liaisons Paris, pp 348

-ZARIFIAN P.: *Objectif compétence*, édition Liaisons, Paris 2001, pp202

ARTICLES ET REVUES

-AUDOIRE M., «Formation professionnelle tout au long de la vie, quelles répercussions?», *Revue hospitalière de France* N°52 1 pp63-65

-BAUR M., NOIRE D., 2004, « les nouveaux enjeux de la formation à l'hôpital », *gérontologie et société*, avril 2004 N°11, pp199-206

-BRAY L., « Formation professionnelle continue, les cadres acteurs stratégiques », *revue hospitalière de France* n°528 pp 30-32

-FARDO C., « Evolution et révolutions des compétences médicales et soignantes », *santé RH* février 2010, pp12-14

-LARIBIERE N., mai 2010, « Evolution des missions, responsabilité et statut des Directeurs de Soins », *soins cadre* n°74

-LEBOTERF G., février 2002, « De quel concept de compétences avons-nous besoin », *soins cadres* n°41

-MARASCHIN J. janvier 2008 « Transfert de compétences » *Objectif soins* n°162 p5

-NOEL-HUREAUX E. 2005, « Quelles perspectives pour les formateurs en soins infirmiers ». *éducation permanente* n°165 pp39

-PAYET G., 2008, formation professionnelle tout au long de la vie, les nouveaux dispositifs, *revue hospitalière de France* n°524 oct obre 2008, pp 40-41

-PERRENOUD P., mars 2004, «Adosser la pratique réflexive aux sciences sociales condition de la professionnalisation », *éducation permanente*

-SALON S. 2009, *cahier de la fonction publique* p7

–SMOUTS, M-C., mars 1998, *Du bon usage de la gouvernance en relations internationales*, La gouvernance. Revue internationale des sciences sociales, n°155, p 88

RAPPORTS ET ETUDES

–BERLAN Y., coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences, rapport 2003

–MALLOT. J., 2010, Mission d'Evaluation et de Contrôle des lois de financement de la Sécurité Sociale, le fonctionnement de l'hôpital, 513p

–Ministère de la Santé et des Solidarités, Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière : Etude prospective sur les métiers de la fonction publique hospitalière : synthèse

MEMOIRE

–DEROME MC; 2009, la formation professionnelle tout au long de la vie un atout individuel dans une professionnalisation collective, EHESP, p35

–CARRE P., 2006, Gestion de la formation continue positionnement du directeur des soins, EHESP p53

COURS –CONFERENCES

–DONIUS B., 2010, La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, cours EHESP

–CADILHAC 2010, le projet social, cours EHESP

–PARENT B., 2010, introduction à la santé publique, cours EHESP

SITES INTERNET

–Encyclopédie générale, disponible sur : [http// wikipédia.org](http://wikipédia.org)

–Les dossiers de l'actualité, La formation tout au long de la vie, consulté le 20 février 2010, disponible sur : www.ladocumentationfrançaise.fr

–Durand C. 2008, savoir être et compétences, visité le 10 avril 2010, disponible sur <http://www.cadresanté.com>

–Rufin F, 2008, création d'un référentiel européen de compétences en soins infirmiers visité le 10 avril 2010, disponible sur : <http://www.cadresante.com>

–<http://www.anfh.asso.fr/> visité le 23 juin 2010

–Manuel de certification des établissements de santé V2010, visité le 20 mars 2 010 disponible sur : <http://www.has.fr>,

Liste des annexes

Annexe I : Liste personnes rencontrées	p III
Annexe II : Guide général d'entretien	p V
Annexe III : Grille entretien responsable de pôle	p VII

ANNEXE I

Personnes rencontrées en entretien

Etablissements	Personnes rencontrées
CHS	Directeur des Ressources Humaines (DRH)
=	Directeur des Soins Coordinateur Général des Soins (DSCGS)
	Directeur des Soins Directeur du pôle formation (DSF)
CHU	Chef pôle
	Cadre Supérieur de Santé cadre de Pôle
	2 Cadres de santé Formateurs IFSI (CSF)
	Directeur des Ressources Humaines (DRH)
	Directeur des Soins Coordinateur Général des Soins (DSCGS)
	DS coordinateur pôle formations initiale (DSF)
	Responsable Formation Continue

ANNEXE II

Guide général d'entretien

Présentation de la réflexion et de notre projet de travail

Le pôle formation ressources des évolutions contextuelles actuelles et à venir quel acteur dans la nouvelle gouvernance

Présentation de l'établissement, de sa gouvernance

Relance

- Organisation des pôles
- Place Directeur des Soins gestion et formation

Management et pôle :

Relance

- Gestion et délégation des pôles
- Relation pôles et la formation initiale et la formation continue
- Contractualisation avec Formation Continue
- Projet commun avec les instituts de formation

Management des compétences

Relance

- Recrutement selon le portefeuille de compétences ou port folio?
- Mode d'évaluation annuel : critères basés sur les compétences ou les résultats?
- Rôle du cadre dans l'entretien de formation?
- Existe-t-il une valorisation des formations effectuées ?
-

Partenariat du directeur des soins

Relance

- Partenariats existant ou souhaités avec les directions fonctionnelles
- Partenariats avec les pôles
- Partenariats externes

La formation initiale

Relance

- Quelle est la place de la formation initiale dans l'établissement
- Quelles ressources représente-t-elle
- Quels projets dans l'institution

La formation et la gestion des compétences :

Relance

- Comment la Formation continue constitue t-elle une politique d'accompagnement des professionnels
- Participation au plan de formation
- Apport Formation tout au long de la vie dans le processus de formation
- Existe-t-il une évaluation des compétences acquises en formation
- Rôle du pôle formation dans les Evaluations de Pratiques Professionnelles
-

Ingénierie de formation développée ou à développer en collaboration:

Relance

- autoformation, e-learning, centre doc ?
- retour sur expérience
- Journée diffusion des expériences
- Aide à l'écriture d'articles
- Développement d'activité de recherche

Bilan et perspectives

ANNEXE III

Guide d'entretien responsables de pôle

Présentation de la réflexion et du projet

Le pôle formation ressources des évolutions contextuelles actuelles et à venir = acteur dans la nouvelle gouvernance

Présentation de votre parcours

Présentation de votre pôle

Relance

- Gouvernance actuelle et en projet du pôle
- Place DSF /DSG
- Lien DSF /DSG /DRH
- Partenariats effectifs

Management du pôle?

Relance

- Recrutement et portefeuille de compétences ?
- Mode d'évaluation annuel
- Parcours individualisés des personnels et demande de formation ?

Management pôles d'activité clinique et formation : qu'attendez vous du pôle formation

Relance

- Quelle place la formation (initiale et continue) a-t-elle dans les pôles
- Quelles relations de partenariat existent entre le pôle et le pôle formation
- Délégation et Contractualisation avec FC et ou IFSI
- Compétences requises définies pour le personnel et demande de formation complémentaire
- Axes possibles de développement de formation dans le pôle ?
- Participation des formateurs aux projets de pôle
- EPP et formation

- Accompagnement à la recherche en soins

La formation et la gestion des compétences : quelles ressources

Relance

- Comment la FPC constitue t-elle une politique d'accompagnement des professionnels
- Conception actuelle, enjeux et limites
- Accessibilité des agents à la FPC, sensibilisation ?
- Politique actuelle : remplacement, commission de formation, anticipation des besoins
- Réinvestissement des formations et évaluation
- Plan de formation avec bureaux de pôle, stratégies hospitalier ??
- Apport FTLV
- VAE non diplômante
- Mise en place de certification ?

Ingénierie de formation développée ou à développer en collaboration:

Relance

- autoformation, e-learning, centre documentation ?
- retour sur expérience
- Journée diffusion des expériences
- Aide à l'écriture d'articles

Bilan et perspectives