



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Directeur des soins**

**Promotion 2006**

---

**Gestion de la formation continue : le  
positionnement du directeur des soins.**

---

**Philippe CARRE**

---

# Remerciements

---

J'adresse mes vifs remerciements aux professionnels hospitaliers pour la qualité de leur accueil lors des entretiens et pour leur disponibilité et la confiance qu'ils ont bien voulu me témoigner.

Je tiens également à remercier Rita Colombo et Marie Elisabeth Cosson pour leur supervision, ainsi que Claude Hemery et les membres du groupe mémoire qui ont participé à l'avancement de la réflexion.

Toute ma gratitude à Ghislaine.

*« Assurer aux hommes dans tous les âges de la vie, la facilité de conserver leurs connaissances, ou d'en acquérir de nouvelles »*

Condorcet Assemblée législative 1792

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>3</b>
<b>PREMIERE PARTIE : POUR UNE COMPREHENSION DU CONTEXTE GENERAL ET DES ENJEUX DE LA GESTION DES COMPETENCES. ....</b>	<b>5</b>
<b>1 LE CONTEXTE GENERAL .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 La crise hospitalière .....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Les dimensions morale et financière .....	6
1.1.2 La dimension démographique.....	6
<b>1.2 Une volonté affichée.....</b>	<b>8</b>
1.2.1 Une succession de réformes structurelles .....	8
1.2.2 Une promotion des qualifications .....	12
<b>2 VOUS AVEZ DIT COMPETENCE ?.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 La gestion des compétences.....</b>	<b>14</b>
2.1.1 Les enjeux .....	14
2.1.2 Comment définir « compétences » ? .....	15
2.1.3 Gérer des compétences .....	16
<b>2.2 La formation continue .....</b>	<b>18</b>
2.2.1 Une volonté politique ancienne .....	18
2.2.2 Le cadre de la Fonction Publique Hospitalière .....	20
2.2.3 Le projet de plan de formation .....	21
<b>DEUXIEME PARTIE : ENQUETE ET PROPOSITIONS.....</b>	<b>24</b>
<b>3 L'ENQUETE.....</b>	<b>24</b>
<b>3.1 La méthode choisie.....</b>	<b>24</b>
3.1.1 Questionnement et hypothèse .....	24
3.1.2 L'enquête.....	25
3.1.3 Les limites et les points forts de l'enquête.....	25

<b>3.2</b>	<b>Le regard des acteurs.....</b>	<b>26</b>
3.2.1	Synthèse des données .....	26
3.2.2	Interprétation des données .....	34
<b>4</b>	<b>QUELQUES REPONSES ET PROPOSITIONS D’ACTION.....</b>	<b>42</b>
<b>4.1</b>	<b>Les réponses au questionnaire et à l’hypothèse .....</b>	<b>42</b>
4.1.1	Des pistes de réponses au questionnaire initial .....	42
4.1.2	La confirmation de l’hypothèse.....	45
<b>4.2</b>	<b>Des propositions d’action .....</b>	<b>46</b>
4.2.1	Présentation du contexte de l’établissement .....	46
4.2.2	Des forces et des faiblesses .....	48
4.2.3	Quelques propositions d’actions concrètes .....	49
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>53</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>54</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>57</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AAH :	Attaché d'Administration Hospitalière
ANFH :	Association Nationale pour la Formation des personnels Hospitaliers
ASH :	Agent des Services Hospitaliers
CDR :	Centre De Responsabilité
CESI :	Centre d'Etudes Supérieures Industrielles
CFP :	Congé de Formation Professionnelle
CGS :	Coordonnateur Général des Soins
CH :	Centre Hospitalier
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CIF :	Congé Individuel de Formation
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CNAM :	Conservatoire National des Arts et Métiers
CS :	Cadre de Santé
CSS :	Cadre Supérieur de Santé
DH :	Directeur d'Hôpital, chef d'établissement
DIF :	Droit Individuel à la Formation
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRESS :	Direction de la Recherches, des Etudes et des Statistiques
DHOS :	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DRH :	Directeur des Ressources Humaines
DS :	Directeur des Soins
EPRD :	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
EPS :	Etablissement Public de Santé
FMC :	Formation Médicale Continue
FPC :	Formation Professionnelle Continue
GPEC :	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
IADE :	Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
IBODE :	Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat
OCDE :	Organisation de Coopération et de Développement Economique
PIB :	Produit Intérieur Brut
T2A :	Tarifification A l'Activité
VAE :	Validation des Acquis de l'Epérience
VAP :	Valorisation des Acquis Professionnels

## Introduction

Depuis une trentaine d'années, l'hôpital public est soumis à des turbulences et aux nécessaires mutations de son organisation. Aujourd'hui, il est en transformation. Priorité est donnée à la mise en place d'une « nouvelle gouvernance » dont l'ordonnance du 2 mai 2005 traduit les objectifs. Pour les pouvoirs publics, il semble devenu nécessaire de développer la responsabilisation des professionnels hospitaliers et de mobiliser leur énergie au service de la production de plus en plus efficiente d'une activité soignante de qualité. Cette volonté politique s'appuie notamment sur la structuration de l'hôpital en pôles d'activité et sur le développement de la contractualisation interne. Il s'agit d'une intention de déconcentration des pouvoirs qui peut aboutir à une délégation de gestion de ressources.

L'organisation et l'animation de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et de la formation continue sont du ressort du directeur des ressources humaines par délégation du directeur d'établissement. Le directeur des soins « *coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement. Il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins (...). Il participe à la gestion des personnels des activités de soins* »<sup>1</sup>. A ce titre, les orientations politiques et stratégiques de formation du service de soins infirmier, de rééducation et médico-technique sont de la compétence du directeur des soins et de son équipe. Cependant, le périmètre des responsabilités ne semble pas toujours clarifié au risque de conflits.

La « ressource humaine » est une de ces ressources qui peut faire l'objet d'une délégation de signature et de compétence du directeur chef d'établissement au médecin chef de pôle. Sa traduction en sera peut-être, en référence au contrat et au projet de pôle, une délégation de gestion en matière de recrutement, d'évaluation des compétences, de formation des personnels.

---

<sup>1</sup> Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

**En conséquence, la question du positionnement du directeur des soins et du service de soins est d'actualité face à ce contexte rapidement esquissé. En toute hypothèse, au même titre que d'autres directeurs fonctionnels, le directeur des soins, aura peut-être à terme une « responsabilité partagée » avec les médecins responsables de pôle notamment en matière de formation et de développement des compétences.**

La formation continue est un outil de management au service de l'amélioration continue de la qualité, levier de changement et de décloisonnement. Le directeur des soins devra être en mesure de le mobiliser en référence à son périmètre de responsabilité, et en cohérence avec les orientations du projet de soins, des projets de pôles, et de la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Ce travail a pour objectif d'éclairer ces constats et cette hypothèse à partir d'une recherche documentaire et d'une enquête.

Une première partie permettra d'appréhender le contexte général et les enjeux de la gestion des compétences.

Une seconde partie présentera la méthode d'enquête et le point de vue des acteurs. Elle permettra également de proposer des pistes de réponses et de formaliser des propositions d'action.

# **Première partie : pour une compréhension du contexte général et des enjeux de la gestion des compétences.**

## **1 Le contexte général**

*«Quelles que soient les nuances à apporter, les différences de situation observées, les niveaux de gravité atteints, la réponse ne fait pas de doute : oui, l'hôpital public est en crise. « L'hôpital va mal », « la situation est grave », « la situation est préoccupante » : telles sont les appréciations le plus souvent au cours des auditions réalisées par la mission »<sup>2</sup>.*

### **1.1 La crise hospitalière**

C'est dans cet esprit qu'en 2003 la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale introduisait le rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital. La crise présentait trois dimensions principales : financière, morale et démographique.

Depuis lors, des mesures ont été engagées par les pouvoirs publics notamment à travers le plan « hôpital 2007 » dont les axes sont :

- une « nouvelle gouvernance » à l'intérieur des établissements<sup>3</sup>,
- une réforme de la tarification avec l'introduction progressive de la tarification à l'activité, et de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses,
- une simplification des procédures administratives<sup>4</sup>,
- et un renforcement de l'investissement hospitalier<sup>5</sup>.

Elles répondent en priorité aux dimensions morale et financière, car « *pas de réforme budgétaire sans nouvelle gouvernance* »<sup>6</sup>. Cependant la crise démographique est encore à venir.

---

<sup>2</sup> Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital, commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, 19 mars 2003.

<sup>3</sup> Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

<sup>4</sup> Ordonnance n°2003-580 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.

<sup>5</sup> *Ibid.*



### 1.1.1 Les dimensions morale et financière

« La crise se traduit non seulement par le malaise des personnels travaillant à l'hôpital mais aussi par un malaise généralisé des acteurs de l'hôpital public »<sup>7</sup>.

En effet, la commission parlementaire avait constaté en 2003 un malaise touchant les personnels, les usagers et les élus. Pour les professionnels médicaux, il s'agissait à la fois de conditions d'exercice difficiles et d'absence de reconnaissance de la performance et de la qualité des prestations réalisées. Les personnels soignants semblaient avoir épuisé « leur bonne volonté ». Les élus se disaient « dessaisis et réduits à l'impuissance ». Les usagers semblaient avoir un regard nuancé mais favorable.

D'un point de vu financier, pour de nombreux hôpitaux « le fort dynamisme des dépenses a rendu inévitable les reports de charge. Les marges de manœuvre sont devenues presque nulles »<sup>8</sup>. Par ailleurs, la priorité étant donnée aux dépenses de personnel et aux dépenses médicales, la plupart des hôpitaux ont été contraints à sacrifier ou à retarder leurs investissements.

Cela s'inscrit naturellement dans un cadre économique national contraint dans lequel le secteur de la santé occupe une place de plus en plus importante.

Ainsi, La dépense courante de santé s'élève à 183,5 milliards d'euros en 2004, soit en moyenne 2 951 euros par habitant et 11,13 % du PIB, contre 11,08 % l'année précédente. La dépense nationale de santé, agrégat retenu pour les comparaisons internationales, représente, en 2004, 10,5 % du PIB, soit une augmentation de 0,1 point par rapport à 2003 ce qui place la France en cinquième position des pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE).<sup>9</sup>

### 1.1.2 La dimension démographique

Les besoins de santé ne vont pas diminuer dans les prochaines années. En effet, la demande en soins va s'accroître en quantité et en qualité<sup>10</sup> de manière importante du fait de l'afflux des générations du « baby-boom » dans des âges de la vie où la demande de soins augmente.

---

<sup>6</sup> LANDRIEU P., « Hôpitaux : pas de réforme budgétaire sans nouvelle gouvernance ». LE MONDE – Quotidien – 24 février 2004, p 6.

<sup>7</sup> Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital, commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, 19 mars 2003.

<sup>8</sup> *Ibid.*

<sup>9</sup> DRESS, Etudes et résultats n°406, juillet 2005.

<sup>10</sup> *Ibid.*

En effet, les taux d'hospitalisation augmentent très rapidement à partir de 65 ans. En soins de courte durée, environ le tiers des séjours concerne les personnes de plus de 64 ans et parallèlement la durée d'hospitalisation s'allonge à mesure que l'âge s'accroît.<sup>11</sup> Ce phénomène est également inhérent au développement des techniques médicales d'imagerie ou d'exploration non substitutives.

Cela pose la question des modalités de prise en charge, car il faudra traiter des pathologies spécifiques au vieillissement. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, les maladies de l'appareil circulatoire représentent une hospitalisation sur six, soit environ 780 000 séjours hospitaliers en 2005. Il s'agit également de la première cause de décès (34%) loin devant les tumeurs (26%) et les maladies respiratoires (7%)<sup>12</sup>.

Par ailleurs, en 2004 près de la moitié des 444 000 admissions en affection de longue durée concernaient les personnes âgées de 65 ans dont 53% de femmes. Les troubles mentaux liés pour 80% des cas à la maladie d'Alzheimer viennent en troisième position après les maladies cardiovasculaires et les tumeurs<sup>13</sup>.

En parallèle, les métiers d'aide à autrui sont passés de mode, surtout s'agissant d'aide aux personnes âgées.

Le recrutement de nouveaux professionnels de santé dans les prochaines années est donc problématique. La crise des vocations des jeunes générations est toujours d'actualité. Quelle que soit la profession, l'augmentation des capacités de formation n'a d'effet que s'il y a des candidats. Le métier d'infirmière ne semble plus attractif. En effet, en 2000 le quota est passé de 18 000 à 26 000, 10% des places offertes n'ont pas été pourvues. En 2003, le quota est passé à 30 000, 6% des places n'ont pas été pourvues<sup>14</sup>. Cependant, il peut s'agir de l'effet d'une brusque augmentation donc d'une offre ponctuelle trop importante, car les instituts ont pratiquement « fait le plein » en 2001 et 2002<sup>15</sup>. Pour d'autres professions telles que les manipulateurs en radiologie la tendance

---

<sup>11</sup> Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2005, annexe 1 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère de la santé et des solidarités.

<sup>12</sup> *Ibid.*

<sup>13</sup> *Ibid.*

<sup>14</sup> Le rapport annuel de l'ONDPS 2004, Observatoire national de la démographie des professions de santé.

<sup>15</sup> *Ibid.*

est plus préoccupante, car le nombre de candidats a fortement baissé depuis le début des années 1990<sup>16</sup>.

Par ailleurs, les projections démographiques des départs en retraite des professionnels actuellement en activité à l'hôpital public sont alarmantes. Plus de la moitié des effectifs 1999 des filières professionnelles travaillant à l'hôpital<sup>17</sup> partira en retraite d'ici à 2015. Par exemple, en ce qui concerne la filière des services de soins les données démographiques horizon 2005 de la DHOS prévoient 56% de départs. Ainsi, pour les infirmières, quelle que soit la spécialité, un agent sur deux partira à la retraite d'ici 2015, même si un décalage est constaté en ce qui concerne le pic de départs. Les infirmières puéricultrice seront touchées en 2011-2012, le IADE et IBODE en 2014.

Le taux de croissance des effectifs des manipulateurs en radiologie est de 2,6% entre 2000 et 2004. Il s'accompagne d'un vieillissement notable de la population, car près de 60% d'entre eux ont plus de 40 ans<sup>18</sup>.

Face à ce constat peu optimiste, les pouvoirs publics affichent une volonté de réforme depuis déjà plusieurs années.

## **1.2 Une volonté affichée**

En effet, en vingt ans, de nombreuses dispositions la plupart du temps législatives et réglementaires ont tenté de faciliter la résolution des problèmes structurels des établissements.

### **1.2.1 Une succession de réformes structurelles**

La loi de 1991 portant réforme hospitalière a relayé en partie la demande exprimée à l'époque par les professionnels par:

- une plus grande participation à la prise de décision au sein du système hospitalier en créant ou rénovant les instances de concertation, et notamment le service de soins infirmiers,
- un début de responsabilisation des acteurs à travers la dynamique de projet, l'introduction de la démarche d'évaluation de la qualité, et l'allègement de la tutelle de l'Etat.

---

<sup>16</sup> *Ibid.*

<sup>17</sup> Filières administrative, médico-technique, services de soins, technique et ouvrière.

<sup>18</sup> Le rapport annuel de l'ONDPS 2004, Observatoire national de la démographie des professions de santé.

Par ailleurs, le législateur avait introduit une disposition dite « amendement liberté » qui permettait à chaque hôpital d'organiser librement ses activités de soins.

*«Tous nos interlocuteurs au sommet de l'Etat et en dehors du champ hospitalier nous interpellent. Comment se fait-il que l'hôpital qui a la liberté de s'organiser ne profite pas pleinement de cette opportunité ?(...) innover dans le domaine de l'organisation relève du défi permanent. L'usage de l'article liberté devient acte de courage, voire d'esprit d'aventure avec tout ce que cela comporte en terme de prise de risque dans un système public, lorsque chaque jour les règlements, et les normes tombent sur la tête des hospitaliers»<sup>19</sup>.*

En 1996, l'ordonnance n°96-346 du 24 avril, conforte cette volonté de réforme et de responsabilisation des acteurs : pouvoirs publics, politiques, professionnels, usagers. Cette volonté est exprimée notamment à travers :

- la mise en œuvre d'une démarche d'évaluation formalisée par l'accréditation,
- la contractualisation externe sous forme de contrats d'objectifs et de moyens,
- la contractualisation interne par la création de centres de responsabilité.

Il s'agissait *« de passer d'une logique budgétaire stricte à une logique de projet, d'une logique exclusivement comptable à une logique d'adaptation permanente de l'hôpital à l'évolution des besoins. La nouvelle logique de fonctionnement basée sur la notion de projet pluriannuel, de contrats d'objectifs, d'évaluation, suppose que les relations internes évoluent de manière sensible et réservent une large place à la concertation et à la richesse du dialogue social »<sup>20</sup>.*

La réforme avait pour ambition de s'appuyer sur la participation des équipes médicales et paramédicales en leur offrant la possibilité *« de conclure des contrats avec la direction (...) instrument de cette responsabilisation »<sup>21</sup>.*

La circulaire du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les Etablissements Publics de Santé en précisait les modalités. *« La fixation d'objectifs, en terme d'activité et de qualité des soins, et la mobilisation de moyens, en termes de personnel et de crédits, doit donner lieu à un véritable dialogue entre la direction et les*

---

<sup>19</sup> Projet hôpital 2007, mission sur « la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale », 3 avril 2003.

<sup>20</sup> Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, Rapport au Président de la République.

<sup>21</sup> *Ibid.*

*équipes médicales, paramédicales et techniques »<sup>22</sup>. « Il s'agit de déconcentrer la gestion selon le principe de « management de subsidiarité » selon lequel toute décision pouvant être prise efficacement à l'échelon local ou opérationnel doit l'être. Cela implique un renouveau du mode de gestion et une réflexion sur le dispositif d'intéressement à privilégier».<sup>23</sup>*

Dans les faits, une étude conduite en mars 2001 auprès de 216 EPS montrait qu'une minorité d'entre eux s'était engagée dans cette démarche et que 6% des responsables des CDR bénéficiaient d'une délégation de signature du directeur d'établissement.<sup>24</sup>

En 2005, l'ordonnance n°2005-406 « simplifie » le régime juridique des établissements de santé. S'inscrivant dans le projet « Hôpital 2007 », elle est le produit des constats de cette crise présentés dans des rapports parlementaire<sup>1</sup> et ministériel<sup>25</sup>. Au préalable, une expérimentation a été engagée en 2004 par une centaine d'établissements<sup>26</sup>.

Au total, cette ordonnance s'articule autour de cinq axes principaux<sup>27</sup> :

- le recentrage des missions du conseil d'administration,
- la mise en place d'un conseil exécutif médico-administratif,
- le développement de la contractualisation interne à travers la mise en place de pôles,
- la rénovation des missions des instances consultatives et de celles de la tutelle hospitalière.

---

<sup>22</sup> Circulaire DH/AF/AF3 n°97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements de santé (texte non paru au JO), BO du Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration – pages 117 à 124.

<sup>23</sup> HUBERT J., DUBOIS R., « Culture de gestion plus que de redressement budgétaire », Gestions hospitalières, novembre 2000, p 675.

<sup>24</sup> GOTTMANN J., « Pratique de la contractualisation interne : état des lieux ». Gestions hospitalières, mai 2002, p 307.

<sup>25</sup> Projet hôpital 2007, mission sur « la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale », 3 avril 2003.

<sup>26</sup> Circulaire DHOS/E1 n°61 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière.

<sup>27</sup> VILLENEUVE P., « Nouveau régime juridique des établissements de santé, à la recherche d'un équilibre des pouvoirs ». JCP/La semaine juridique – Edition générale n°21 – 25 mai 2005.

La dynamique de projet est plus que jamais au cœur du dispositif. Elle s'appuie sur le projet d'établissement, base de la politique générale qui « prend en compte les objectifs de formation, de recherche, de gestion et détermine le système d'information de l'établissement »<sup>28</sup>. « Le praticien responsable d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre au sein du pôle la politique générale de l'établissement et les moyens définis par le contrat passé avec le directeur et le président de la commission médicale d'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle. (...) Le praticien responsable élabore avec le conseil de pôle un projet de pôle qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins »<sup>29</sup>

Par ailleurs, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique<sup>30</sup> est consultée notamment sur le projet d'établissement et l'organisation interne de l'établissement et sur l'élaboration d'une politique de formation.

La dynamique polaire s'appuie donc sur le projet et la contractualisation interne. « Le contrat interne s'accompagne d'une délégation de gestion du directeur au responsable de pôle. En qualité d'ordonnateur secondaire, le responsable de pôle est sous l'autorité du directeur d'établissement.(...) En tant que responsable de la « production d'activité de soins du pôle », le praticien responsable fournit les éléments d'activité et d'évaluation aux fins de contractualisation interne au directeur et au président de la CME. »<sup>31</sup>.

En droit administratif, la délégation est la décision par laquelle une autorité se dessaisit d'une partie des pouvoirs qui lui sont conférés et les transmet à un subordonné. Pour cela, deux conditions :

- être en accord avec la loi ,
- ne concerner qu'une partie des pouvoirs de l'autorité délégante.

La délégation de gestion semble être une approche « nouvelle » car « les juristes connaissaient jusqu'alors les délégations de compétences et les délégations de signature (...) a priori la délégation de gestion ressemble fort à une délégation de compétences susceptible – au terme du décret du 18 avril 1997 – d'être assortie d'une délégation de

---

<sup>28</sup> Nouveau premier alinéa de l'article L.6143-2 du Code de la santé publique.

<sup>29</sup> Article L.6146-6 du Code de la santé publique.

<sup>30</sup> Décret n°2005-1656 relatif aux conseils de pôles d'activité et la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique des établissements publics de santé.

<sup>31</sup> VILLENEUVE P., « Nouveau régime juridique des établissements de santé, à la recherche d'un équilibre des pouvoirs ». JCP/La semaine juridique – Edition générale n°21 – 25 mai 2005.

*signature* »<sup>32</sup>. Ainsi le directeur d'établissement peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature à un ou plusieurs responsables de centre de responsabilité, dans les conditions prévues à l'article L.714-26-1 du Code de la santé publique. « *Ceux-ci sont dès lors, dans l'exercice des actes de gestion pour lesquels ils bénéficient d'une délégation de signature, placés sous l'autorité hiérarchique du directeur de l'établissement.* »<sup>33</sup>. C'est sous cette forme que l'on peut parler de « responsabilité partagée ».

### 1.2.2 Une promotion des qualifications

Au-delà du renforcement des quotas aux concours d'entrée des professions médicales et paramédicales, des solutions innovantes sont en cours d'expérimentation et de réalisation : le transfert de tâches et de compétences et la validation des acquis de l'expérience. En effet, « *Le malaise actuel des personnels infirmiers pose le problème de la définition des trajectoires professionnelles des soignants. Il faut leur donner plus de perspectives, gage d'une motivation accrue et donc d'un meilleur fonctionnement des hôpitaux.* »<sup>34</sup>. Pour cela, il s'agit de mettre en œuvre des coopérations interprofessionnelles sous forme de transferts de tâches et de compétences médicales à des professionnels paramédicaux.

Quelques grands principes ont été définis<sup>35</sup> :

- la légitimité de la délégation viendra de la compétence et de la formation,
- pour être efficace et efficiente, la délégation doit s'appuyer sur une collaboration étroite entre les différents acteurs,
- il sera nécessaire de redéfinir les contours des métiers,
- la formation continue est exigible,
- l'investissement intellectuel sera revalorisé au dépens de l'acte technique.

Les transferts et les acteurs sont bien identifiés<sup>36</sup>. Par exemple, l'échocardiographie, les diététiciens de soins, les infirmières spécialisées en oncologie, en consultation pour le suivi d'insuffisants chroniques, de patients dialysés, le traitement de l'image (...).

---

<sup>32</sup> HARDY J., « Contractualisation interne et délégation de signature » Revue Hospitalière de France, novembre – décembre 1997, n°6, p 845.

<sup>33</sup> Décret du 18 avril 1997 relatif à la délégation de signature des directeurs d'établissements publics de santé.

<sup>34</sup> Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital, commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, 19 mars 2003.

<sup>35</sup> Mission « démographie des professions de santé » novembre 2002 et mission « coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » octobre 2003.

<sup>36</sup> Arrêté du 30 mars 2006 modifiant et complétant l'arrêté du 13 décembre 2004 relatif à la coopération entre professionnels de santé (J.O. du 7 avril 2006).

Par ailleurs, la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 a ouvert le grand chantier de la validation des acquis de l'expérience (VAE). En 1985 puis en 1992, la validation des acquis professionnels (VAP) posait la première pierre d'un dispositif valorisant l'expérience acquise et tentait de désacraliser la toute-puissance du diplôme.

Ainsi, la VAE peut en permettre l'accès aux personnes pouvant justifier d'une activité de trois ans, salariée ou bénévole, en rapport avec le diplôme visé. Mais le jury de validation peut n'en n'accorder qu'une partie, le complément étant soumis à une expérience ou une formation complémentaires.

Les diplômes concernés sont les titres délivrés par le ministère de l'emploi et de la cohésion sociale et du logement, les diplômes à finalité professionnelle de l'enseignement professionnel ou technique, tous ceux qui relèvent de l'enseignement supérieur et toute certification à finalité professionnelle, inscrite au Répertoire National des Qualifications Professionnelles.

La VAE a été l'occasion de rénover les diplômes comme par exemple celui d'assistante de service social, mis en place en 1932, qui n'avait connu aucune réforme depuis celle de 1980. « *Il s'agit donc de redéfinir les besoins du métier et de reconstruire les parcours* »<sup>37</sup>.

Cependant sa mise en œuvre dans le secteur sanitaire et médico-social n'est pas sans poser de questions. En effet, au-delà des corporatismes, cela suppose pour la grande majorité des professions soignantes une expérience acquise à l'intérieur d'une profession à exercice réglementé. L'exercice de cette profession n'est lui-même déjà possible que par dérogation à l'exercice illégal de la médecine.

A terme, quatorze diplômes sont concernés dans le champ de la santé. Plusieurs sont déjà accessibles par la VAE tels que le diplôme professionnel d'aide-soignant(e), le diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture.

Les statistiques 2005 des DRASS montraient notamment que près de 19 000 dossiers de demande de VAE pour le diplôme professionnel d'aide-soignant(e) ont été déposés et traités, dont 17 000 demandes de femmes. « *La VAE sanitaire et sociale représente évidemment un enjeu considérable pour la promotion du travail des femmes* »<sup>38</sup>. Cette féminisation est une constante quelle que soit la VAE sanitaire et sociale.

« *Mais valider des acquis suppose que l'on expertise les compétences des métiers et que l'on redéfinisse les tâches incluses et les compétences requises pour chacun d'entre eux* »<sup>39</sup>.

---

<sup>37</sup> Dossier VAE, Acteurs en lignes, mars 2006.

<sup>38</sup> Sic Claudine BROCARD, chargée de mission au sein du bureau de l'Egalité professionnelle au Service des Droits des femmes et de l'égalité.

<sup>39</sup> Dossier VAE, Acteurs en lignes, mars 2006.



## 2 Vous avez dit compétence ?

### 2.1 La gestion des compétences

#### 2.1.1 Les enjeux

La finalité de la gestion des ressources humaines est de « *disposer à temps, en effectifs suffisants et en permanence, des personnes compétentes et motivées pour effectuer le travail nécessaire en les mettant en situation de valoriser leurs talents avec un niveau élevé de performance et de qualité, à un coût salarial compatible avec les objectifs économiques, et dans le climat social le plus favorable possible* »<sup>40</sup>. La politique de formation continue s'inscrit dans cette dynamique. Il n'en a pas toujours été ainsi car souvent vécue comme une obligation, parfois une récompense<sup>41</sup> :

- une obligation du fait d'un cadre législatif et réglementaire incitant au mieux à ce mettre en conformité et à satisfaire les demandes individuelles,
- une récompense, car outil de régulation, de promotion voire de récréation qui visait la paix sociale et la stabilité.

A présent, la formation est un investissement. Il s'agit d'accompagner les projets collectifs et individuels. Les ambitions sont d'anticiper, d'adapter les compétences aux évolutions et d'accompagner le changement structurel<sup>42</sup>.

Au niveau collectif, la formation est liée aux politiques de l'emploi. Nous l'avons esquissé dans le développement consacré à la promotion des qualifications. Il s'agit bien là d'une dimension qualitative : « *comment acquérir de nouvelles compétences, comment adapter celles dont nous disposons, de quelles compétences aurons-nous besoin demain ?* »<sup>43</sup>.

Au niveau individuel, les personnes souhaitent un parcours individualisé s'appuyant éventuellement sur un bilan de compétences et sur la VAE. Cela « *pose le problème de la définition des trajectoires professionnelles des soignants.* »<sup>44</sup>. « *Il convient donc d'intégrer le plus étroitement possible la politique de formation à la démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences ; il faut pour cela un fort investissement*

---

<sup>40</sup> MEIGNANT A., « Manager la formation », Editions LIAISONS, 1997

<sup>41</sup> LIMOGES P., « Le développement des ressources humaines », chapitre IV, Editions ENSP – octobre 2005.

<sup>42</sup> *Ibid.*

<sup>43</sup> *Ibid.*

<sup>44</sup> Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital, commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, 19 mars 2003.

*des acteurs, direction, encadrement et partenaires sociaux, dans la démarche de formation. »<sup>45</sup>.*

### **2.1.2 Comment définir « compétences » ?**

Ce terme est beaucoup utilisé mais avec des sens différents et pour conséquences confusion et malentendus.

Le Larousse Universel le définit comme « *qui a le droit de connaître une affaire : le tribunal s'est déclaré compétent. Capable de bien juger d'une chose : un critique compétent.* ». « *Cette définition a le grand avantage de nous rappeler le double sens du mot : c'est une capacité individuelle et une position qui permet d'exercer cette capacité* »<sup>46</sup>.

Sans doute est-il utile d'aller plus loin dans la présentation de ce concept en s'appuyant sur divers auteurs:

- « *Une compétence évoque un ensemble, un système, un réseau de connaissances, de savoirs. Ensuite elle est orientée vers l'action, traversée par une finalité opératoire, et enfin elle est opératoire en situation, c'est-à-dire ordonnée au traitement de situations de problèmes* »<sup>47</sup>.
- La compétence est davantage un processus qu'un état. « *Elle est à concevoir comme une combinaison de cinq composantes* » : cognitive, affective, sociale, culturelle, praxéologique, qui s'alimentent à trois niveaux : micro (l'individu ou le groupe en action), méso ou social (l'environnement de travail), macro ou sociétal<sup>48</sup>.
- « *Une personne compétente est une personne qui sait agir avec pertinence dans un contexte particulier* »<sup>49</sup>.

Cette proposition a plusieurs caractéristiques:

- Un savoir agir ou « agit » au service d'une finalité, d'un « *but* », qui va au-delà du savoir-faire,

---

<sup>45</sup> LIMOGES P., «Le développement des ressources humaines », chapitre IV, Editions ENSP – octobre 2005.

<sup>46</sup> MEIGNANT A., « Manager la formation », Editions LIAISONS, 1997.

<sup>47</sup> GILLET P., « Pour une écologie du concept compétence » Education permanente n°135, février 1998, P 28.

<sup>48</sup> WITORSKI R., « le développement des compétences individuelles, partagées et collectives », SOINS CADRES n°41, février 2002, p 38 à 42.

<sup>49</sup> LE BOTERF G., « De la compétence : essai sur un attracteur étrange », Editions Organisation, 1994.

- Car il est « *contextualisé* » en fonction de ressources et de contraintes existantes (techniques, financières, humaines...),
- Et a été validé car a « *fait ses preuves devant autrui* ».
- A ces notions s'ajoute celle de « *responsabilité liée à la prise d'initiative* »<sup>50</sup> qui se traduit par « *pouvoir agir* ».
- « *La compétence peut s'analyser comme « un ensemble de savoir-faire opérationnels, de connaissances générales et techniques et de comportements professionnels, structurés, mobilisés et utilisables en fonction des activités à réaliser dans des situations de travail actuelles ou futures » »*<sup>51</sup>.
- « *Pour éviter toute ambiguïté, il est utile de spécifier ce que la compétence n'est pas :*
  - *Elle n'est pas la performance même si elle fait partie du processus qui produit la performance. En effet, d'autres conditions doivent être réunies pour qu'il y ait performance, telle que la motivation du salarié, l'adéquation des moyens à la charge de travail, la pertinence de l'organisation des tâches, la qualité du management...*
  - *Elle n'est pas non plus la qualification qui est plutôt un titre contractuel ou légal classant les individus sur une échelle de valeur,*
  - *Elle n'est pas la connaissance, même si c'est justement la capacité à puiser de façon pertinente dans ses connaissances qui fait la compétence,*
  - *Elle n'est pas le potentiel qui est un pronostic de compétence et d'une capacité à évoluer,*
  - *Elle n'est enfin ni le mérite qui est synonyme à la fois de compétence et de performance. »*<sup>52</sup>.

### 2.1.3 Gérer des compétences

« *Coordonner l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assurer l'animation et l'encadrement* »<sup>53</sup>, signifie notamment la gestion des compétences des professionnels réalisant ces activités.

---

<sup>50</sup> ZARIFIAN P., « Objectif compétence », Editions LIAISONS, 2001 p 65,69,71.

<sup>51</sup> BARTHES R., DONIUS B., « Le développement des ressources humaines », chapitre I, Editions ENSP – octobre 2005.

<sup>52</sup> *Ibid.*

<sup>53</sup> Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

Il s'agit à la fois d'être efficace par rapport aux objectifs de prise en charge fixés et d'être efficient du fait de ressources limitées en qualité et en quantité. Des enjeux sont partagés avec le directeur des ressources humaines et les responsables de pôle :

- Avoir des ressources humaines disponibles, c'est-à-dire mettre les compétences requises à disposition afin de faire face à la réalisation de l'activité. Pour cela deux objectifs : renforcer l'attractivité de l'établissement en interne et en externe et fidéliser le personnel recruté<sup>54</sup>.
- Disposer de ressources humaines mobilisées, c'est-à-dire inscrire la mise en œuvre de l'action individuelle dans une dynamique collective, donner du sens à l'action et l'inscrire dans une démarche de projet. Il s'agit de favoriser la participation à l'élaboration de projet (projet de soins, projet de pôle par exemple) et la formalisation d'un parcours professionnel individualisé<sup>55</sup>.
- Rechercher une organisation efficiente, c'est-à-dire tenir compte des impératifs budgétaires incontournables depuis l'introduction progressive de la tarification à l'activité (T2A) et l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD)<sup>56</sup>. Cela nécessite sans doute la remise à plat d'organisations existantes dans le cadre d'un éventuel plan de retour à l'équilibre ou de la mise en place des pôles d'activité.
- Le contexte mouvant des organisations hospitalières suppose de disposer de ressources humaines « adaptables ». Il s'agit en effet d'accompagner « l'employabilité » par un « rafraîchissement » des compétences existantes ou d'en acquérir de nouvelles. Une politique pluriannuelle de formation continue peut y aider : préparation aux concours et examens, formations diplômantes au moyen d'études promotionnelles ou de congés de formation professionnelle, prévention de l'usure au travail, etc.<sup>57</sup>.

Pour cela, la dynamique de gestion des compétences s'inscrit dans la durée. Il s'agit de « donner du temps au temps » tout en étant actif et réactif en s'appuyant sur une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) afin d' « *anticiper les évolutions, faire face aux besoins et prendre en compte les aspirations et les aptitudes* »

---

<sup>54</sup> BARTHES R., DONIUS B., « Le développement des ressources humaines », chapitre I, Editions ENSP – octobre 2005.

<sup>55</sup> *Ibid.*

<sup>56</sup> *Ibid.*

<sup>57</sup> *Ibid.*

individuelles »<sup>58</sup>. « La gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences consiste en la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et de plans d'actions cohérents :

- visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'établissement, tant en termes d'effectifs que de compétences,
- en fonction de son plan stratégique ou au moins d'objectifs à moyens termes bien identifiés,
- et en impliquant le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution personnelle. »<sup>59</sup>

La politique de formation continue et la démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences sont étroitement associées, « il faut pour cela un fort investissement des acteurs, direction, encadrement et partenaires sociaux, dans la démarche de formation »<sup>60</sup>.

## 2.2 La formation continue

### 2.2.1 Une volonté politique ancienne

L'idée de formation continue a l'âge de la République. En effet, la Révolution française, en interdisant les corporations en 1791 avec notamment la loi Le Chapelier, « précipite le déclin de l'apprentissage artisanal »<sup>61</sup>. Le philosophe et mathématicien Condorcet avait alors imaginé et proposé à l'Assemblée Législative le principe de la formation continue dans son « Rapport sur l'instruction publique ». Il estimait que "l'instruction doit être universelle, c'est-à-dire s'étendre à tous les citoyens. Elle doit assurer aux hommes, dans tous les âges de la vie, la faculté de conserver leurs connaissances et d'en acquérir de nouvelles".

Au 19<sup>e</sup> siècle et au début du 20<sup>e</sup> siècle, des instituteurs proposent des cours du soir pour les adultes. Il s'agissait d'une démarche « militante » visant à lutter contre l'illettrisme et à développer l'esprit républicain.

La loi « Astier » de 1919 relative à l'apprentissage institue les cours professionnels obligatoires pour les apprentis et les jeunes salariés.

En 1959, la loi « Debré » sur la promotion sociale vise la promotion de la formation professionnelle en développant notamment de nouveaux centres tel que le CNAM ou le CESI.

---

<sup>58</sup> *Ibid.*

<sup>59</sup> Direction des hôpitaux, « Guide de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences », Ministère de la santé, mai 1997.

<sup>60</sup> BARTHES R., DONIUS B., « Le développement des ressources humaines », chapitre I, Editions ENSP – octobre 2005.

<sup>61</sup> DUBAR C., « La formation professionnelle continue », Repères, La Découverte, 1996.

La loi du 3 décembre 1966 pose le principe d'une obligation de formation professionnelle et du droit à s'absenter pour formation sur le temps de travail. Elle crée également le congé individuel de formation (CIF).

C'est dans le courant des années 70 que le système français s'est progressivement mis en place sous sa forme actuelle. Un accord a été signé en 1971 entre les partenaires sociaux, confirmé par la loi du 16 juillet 1971 fondement légal de la formation continue. Elle introduit notamment l'obligation, pour l'employeur d'entreprise de plus de dix salariés, à participer à son financement.<sup>62</sup> L'ensemble des dispositions mises en place à cette époque a favorisé la création d'un véritable marché de la formation continue.

La loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, renforce la dimension individuelle de la formation professionnelle continue à travers l'introduction de la validation des acquis de l'expérience. « *Cet article<sup>63</sup> constitue surtout la première affirmation solennelle d'un droit à la validation des acquis comme élément à part entière de la formation professionnelle et de l'éducation permanente définies par l'article L. 900-1 du code du travail* »<sup>64</sup>. Par ailleurs, le financement des actions de validation des acquis est intégré à celui de la formation professionnelle continue.

En novembre 2001, la Commission européenne définit la formation tout au long de la vie dans sa communication intitulée « *Réaliser un espace européen de l'éducation et de la formation tout au long de la vie* ». « *Toute activité d'apprentissage entreprise à tout moment de la vie, dans le but d'améliorer les connaissances, les qualifications et les compétences, dans une perspective personnelle, civique, sociale et/ou liée à l'emploi.* »<sup>65</sup> Un accord national interprofessionnel relatif à l'accès des salariés à la formation tout au long de la vie professionnelle a été signé en 2003 par cinq organisations représentatives des salariés et trois organisations d'employeurs. La loi du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social traduit cette volonté affichée des pouvoirs publics, objectif de campagne du Président de la République. « *Si la France consacre près de vingt-deux milliards d'euros à la formation professionnelle continue et à l'apprentissage, soit environ 1,55 % du PIB, les résultats de cet effort financier ne sont pas à la hauteur des espérances nées lors de la conclusion de l'accord*

---

<sup>62</sup> L'obligation de financement était alors fixée à 0,8% de la masse salariale.

<sup>63</sup> Article 133 de la loi.

<sup>64</sup> Assemblée Nationale, Rapport de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi de modernisation sociale, janvier 2002.

<sup>65</sup> Assemblée Nationale, Rapport de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social, décembre 2003.

de 1970. En prévoyant un accroissement très important de la contribution des entreprises au financement de la formation professionnelle, en créant un droit individuel à la formation supposant une co-décision de l'employeur et du salarié et en professionnalisant les formations en alternance, ce projet constitue une réforme fondamentale de la législature. »<sup>66</sup> En effet, ce texte apporte un certain nombre de mesures « innovantes »<sup>67</sup> :

- la formation professionnelle continue est une obligation nationale,
- l'employeur a obligation d'assurer l'adaptation des salariés à leur poste de travail, veille au maintien de leur capacité à occuper un emploi (évolution des emplois, des technologies et des organisations) et peut proposer des formations permettant le développement des compétences,
- en plus des accès existants auparavant (plan de formation, CIF), les salariés accèdent avec l'accord de l'employeur à un droit individuel à la formation (DIF),
- dans certaines conditions, des périodes de professionnalisation associant enseignement et acquisition de savoir-faire en entreprise leur sont accessibles,
- il est prévu une augmentation de la participation financière des employeurs au financement de la FPC<sup>68</sup>.

Ces dispositions législatives n'ont pas encore de traduction réglementaire pour la fonction publique hospitalière.

## 2.2.2 Le cadre de la Fonction Publique Hospitalière

C'est également dans les années 70, que l'on constate l'essor d'une politique de formation continue dans les hôpitaux (décret du 6 juin 1975). Le droit à la formation professionnelle continue est alors consacré et financé sur la base de 1% de la masse salariale. On distingue alors trois types d'actions :

- titre I : formation d'adaptation à l'emploi, maintien et perfectionnement des qualifications,
- titre II : actions promotionnelles,
- titre III : actions personnelles.

La création de la fonction publique hospitalière en 1986 confirme et renforce ces dispositions. En effet, la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires affirme le droit à la formation dans ses articles 21 et 22<sup>69</sup>, ainsi que la loi du

---

<sup>66</sup> *Ibid.*

<sup>67</sup> DUVIVIER M., « Le droit individuel à la formation », CFDT Magazine, n°310, février 2005.

<sup>68</sup> Entreprise de moins de 10 salariés : 0,55% de la masse salariale (au lieu de 0,25%), entreprise de 10 salariés et plus : 1,6% de la masse salariale (au lieu de 1,5%).

<sup>69</sup> Art. 21 : « Les fonctionnaires ont droit à : (...) - des congés de formation professionnelle ; - des congés pour formation syndicale ». Art. 22 « Le droit à la formation permanente est reconnu aux

9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière dans son article 41<sup>70</sup>. Le Décret du 5 avril 1990<sup>71</sup> relatif à la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière est le texte de référence qui définit et organise actuellement la formation professionnelle continue à l'hôpital public.

Ainsi, « *La formation professionnelle continue des agents titulaires et non titulaires des établissements énumérés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée a pour but de maintenir ou de parfaire leur qualification professionnelle, d'assurer leur adaptation à l'évolution des techniques et les conditions de travail et de favoriser leur promotion sociale et leur contribution à l'évolution culturelle, économique et sociale. Elle prend la forme d'actions organisées et suivies visant à l'acquisition de connaissances, d'aptitudes et de compétences* »<sup>72</sup>.

Le texte distingue les actions figurant au plan de formation de l'établissement de celles choisies par les agents en vue de leur formation personnelle (congé de formation professionnelle).

Le financement de la formation est constitué au minimum de 2,1% de la masse salariale des personnels hospitaliers de l'établissement. Ces fonds sont la plupart du temps confiés à un organisme collecteur : l'ANFH. A cela s'ajoute 0,2% consacrés au CFP et au bilan de compétences.

### **2.2.3 Le projet de plan de formation**

Le plan de formation est le principal document qui exprime la politique de formation de l'établissement. Depuis la loi du 31 juillet 1991, il s'inscrit dans la logique du projet d'établissement afin de participer à « *l'adaptation permanente de l'hôpital à l'évolution des besoins de la population* ».

Il porte sur quatre types d'actions :

- des actions de type a: préparation aux concours et examens permettant soit l'accès à un grade supérieur ou à un corps différent, soit l'entrée dans une école préparatoire à un emploi de la fonction publique hospitalière,

---

*fonctionnaires. Ceux-ci peuvent être tenus de suivre des actions de formation professionnelle dans les conditions fixées par les statuts particuliers* ».

<sup>70</sup> Art. 41 : « *Le fonctionnaire en activité a droit : (...) 6° Au congé de formation professionnelle (Loi n° 89-474 du 10 juillet 1989, art. 12, loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 - art. 2)* ».

<sup>71</sup> Décret n° 90-319 du 5 avril 1990 relatif à la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière modifié par le décret n° 2001-164 du 20 février 2001, et le décret n°2003-759 du 1er août 2003.

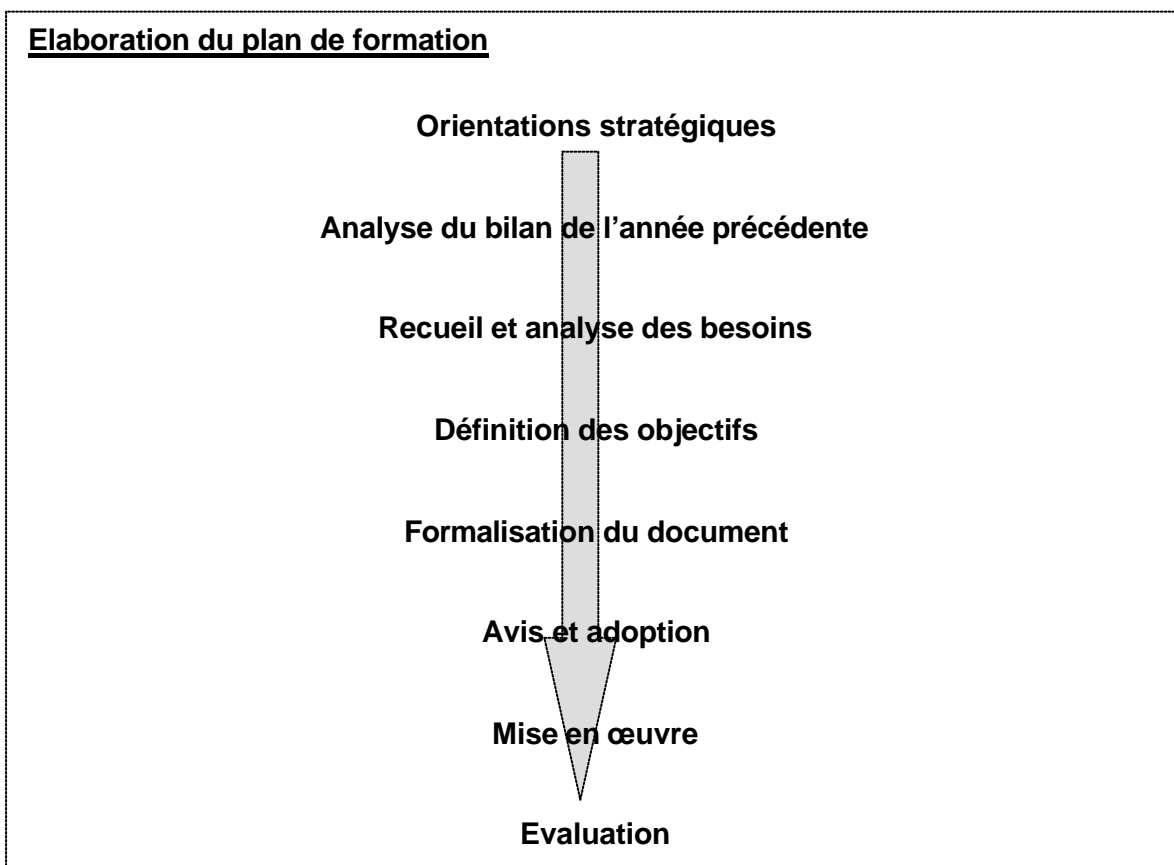
<sup>72</sup> *Ibid.*



- des actions de type b : études promotionnelles débouchant sur l'accès aux diplômes et certificats du secteur sanitaire et social dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé,
- des actions de type c: adaptation en vue de faciliter soit la titularisation, soit l'accès à un nouvel emploi, soit le maintien de la qualification requise dans l'emploi occupé,
- des actions de type d: conversion permettant d'accéder à des emplois exigeant une qualification nouvelle ou à des activités professionnelles différentes.<sup>73</sup>

L'établissement consacre au minimum 1% de la masse salariale des personnels hospitaliers aux actions de type a, c et d.

Le plan de formation est un instrument opérationnel, annuel ou pluriannuel, au service d'une stratégie de gestion, d'amélioration continue de la qualité et de valorisation des potentiels humains. Son élaboration fait l'objet d'une large concertation aussi bien auprès de l'encadrement, que des instances et des partenaires sociaux.



<sup>73</sup> *bid.*

Pour cela, ses objectifs sont définis en cohérence avec les orientations pluriannuelles de formation fixées par le Ministère, les orientations du projet d'établissement dont le projet de soins, les orientations des projets de pôles, et les besoins individuels résultants des entretiens menés avec l'encadrement. La plupart du temps, les priorités de formation sont destinées à:

- corriger des insuffisances constatées au niveau de la performance des agents ou des dysfonctionnements courants,
- préparer ou accompagner des décisions d'investissement ou de restructuration qui appellent des réajustements de la structure de compétences,
- améliorer l'organisation, favoriser l'intégration de nouveaux comportements, de nouvelles normes, de nouveaux protocoles voire de nouvelles valeurs professionnelles<sup>74</sup>.

La formation continue, nous l'avons vu, est un outil de management au service de l'amélioration continue de la qualité. Levier de changement et de décloisonnement, le directeur des soins devra être en mesure de le mobiliser en référence à son périmètre de responsabilité, en cohérence avec les orientations du projet de soins, des projets de pôles, et de la démarche d'amélioration continue de la qualité. En effet, la « nouvelle gouvernance » introduit des modifications dans l'organisation. La contractualisation et la délégation de gestion auront des conséquences sur le positionnement des directions fonctionnelles dont la direction des soins, notamment en matière de gestion de la formation continue.

---

<sup>74</sup> « La formation », chapitre 7, in Gestion des ressources humaines, 1997.

## Deuxième partie : enquête et propositions

L'organisation et l'animation de la formation continue sont du ressort du directeur des ressources humaines par délégation du directeur d'établissement. Le directeur des soins « *coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement. Il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins (...). Il participe à la gestion des personnels des activités de soins* »<sup>75</sup>. A ce titre, les orientations politiques et stratégiques de formation du service de soins infirmier, de rééducation et médico-technique sont de sa compétence.

### 3 L'enquête

#### 3.1 La méthode choisie

##### 3.1.1 Questionnement et hypothèse

Au-delà de l'approche contextuelle que nous venons d'aborder, un certain nombre de questions se posent. Elles nécessitent une enquête complémentaire.

En effet, en quoi la « nouvelle gouvernance » modifie-t-elle réellement le positionnement stratégique de la direction des soins notamment en matière de formation ?

Jusqu'où va la délégation de gestion en matière de formation continue ?

Quelle est la logique locale des responsables de pôles, gestionnaires des ressources et producteurs d'activité, et avec quelle vision soignante d'ensemble ?

Quels en sont les impacts sur les organisations mises en place et sur les orientations de formation des professionnels soignants ?

Comment le projet de formation peut-il être un outil de décloisonnement et de transversalité ? Quels liens le directeur des soins peut-il développer entre projet de soins, projets de pôles et projet de formation ?

Quelles sont les spécificités du service de soins en matière de formation continue et quelle est la marge de manoeuvre du directeur des soins dans un dispositif piloté par la DRH et les pôles ?

Nous faisons l'hypothèse qu'au même titre que d'autres directeurs fonctionnels, le directeur des soins a une « responsabilité partagée » avec les médecins responsables de

---

<sup>75</sup> Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

pôle notamment en matière de développement des compétences. Et que, par ailleurs, c'est sans doute une opportunité pour préciser les contours de son périmètre d'intervention et pour développer des activités d'expertise et de conseil notamment en matière de développement des compétences et de formation continue.

### **3.1.2 L'enquête**

L'enquête s'appuie sur 10 entretiens passés entre le 26 mai et le 16 juin 2006.

- Cinq ont été réalisés auprès de directeurs des soins. 4 ont concerné des coordonnatrices générales des soins dont une en CHU et 3 en centre hospitalier. Un entretien a été réalisé auprès d'un directeur des soins, responsable de la formation continue et membre d'une équipe de direction des soins d'un « gros » CHU,
- Deux ont été réalisés auprès de directeurs d'hôpital, un auprès d'un directeur d'établissement et un auprès d'un DRH,
- Un entretien a été réalisé auprès d'un médecin chef de pôle et président de CME d'un centre hospitalier,
- Deux entretiens ciblés sur la formation continue ont concerné deux cadres, un attaché d'administration hospitalière travaillant dans une DRH et un cadre de santé expert (dossier de soins, transmissions ciblées, gestion informatisée) membre de l'équipe d'une direction des soins.

Ces entretiens ont été réalisés dans 5 établissements différents.

Afin de faciliter la lecture et préserver l'anonymat, nous distinguerons le CHU 1 du CHU 2, et le CH 1 du CH 2 et du CH 3.

### **3.1.3 Les limites et les points forts de l'enquête**

La démarche proposée ne prétend pas constituer une recherche exhaustive. L'échantillon limité ne permet qu'une première approche.

Par ailleurs, certains établissements sont plus avancés que d'autres dans la mise en œuvre de la « nouvelle gouvernance ». Chaque interlocuteur parlera de son vécu ou de ses représentations sur la question. La nature des hôpitaux (CHU et CH) peut avoir pour conséquence des réalités et des visions différentes. De fait, les entretiens ne permettent pas une comparaison des données.

Cependant, ils ont permis un recueil d'informations permettant d'éclairer le questionnement et l'hypothèse.

## 3.2 Le regard des acteurs

La lecture des entretiens permet de distinguer sept thèmes abordés en lien avec le guide.

### 3.2.1 Synthèse des données

#### 1. L'état de la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance :

- Certains établissements sont plus avancés que d'autres. Les deux CHU et le CH 3 ont mis en place cette organisation à titre expérimental depuis plusieurs années (2002 pour le CHU 2, 2004 pour les autres).
- Le CGS du CHU 1 indique ne pas en avoir peur. « *Il n'y a pas de tension, mais de la négociation en lien avec notre capacité de conviction* ». « *C'est vraiment de la stratégie que chacun soit gagnant* ».
- Un directeur des soins du CHU 2 explique que « *certains responsables de pôle veulent faire tout de A à Z et prendre leur liberté* ». Au niveau des pôles, il y a un directeur administratif délégué. « *Ils se sont proclamés directeurs de pôle et ont fait leur place en face des médecins chefs de pôle. Il va y avoir des assistants de gestion avec eux. C'est un fonctionnement coûteux* ».
- Deux des centres hospitaliers (CH 1 et CH 2) sont en cours de mise en œuvre avec des difficultés de formalisation. Le CGS du CH 1 déclare « *on ne va pas pouvoir tout déléguer car il faut rester dans une dynamique et une logique d'établissement* ». Le CGS du CH 3 constate l'existence de projets de pôle, « *il nous faut définir une philosophie en lien avec la politique d'établissement, l'identité professionnelle et les propositions communes avec le DRH* ».
- Le médecin chef de pôle se déclare septique. « *J'aurais préféré garder le chef de service, un peu comme un chef d'entreprise à condition de définir des objectifs et de décider avec qui je veux travailler sur la base d'un contrat. Finalement on est maître de rien* ». Il indique que le découpage en pôle a tenu compte des « *inimitiés des uns et des autres* » et qu'il manque de logique.

## 2. L'impact de la nouvelle gouvernance sur la gestion des ressources humaines :

- Dans le CHU 1, la délégation de gestion aux médecins chefs de pôle est en cours de mise en œuvre. *« Ils ont déjà leur effectif budgété, ils choisissent leur personnel en fonction d'une présélection préalable de l'établissement »*. La gestion est centralisée avec une bourse à l'emploi, mais il y a une négociation avec le médecin chef de pôle et le cadre supérieur de santé de pôle.
- Dans le CHU 2, il n'y a pas de processus de contractualisation mais il existe des zones de déconcentration de gestion des ressources humaines (service de suppléance, autorisations d'absences, autorisations de déplacement).
- Il n'y a pas de délégation de gestion finalisée dans les trois centres hospitaliers. Cependant, des signatures de contrats de pôle ont commencé dans l'un d'eux (CH 3) avec une partie générale et des particularités en fonction du pôle. Un début de délégation de gestion partielle est en test. Elle ne concerne pas la gestion des ressources humaines, mais l'hôtellerie.
- Le directeur d'établissement rencontré indique qu'il sera possible de déléguer des mensualités de remplacement, des crédits de formation mais sous certaines réserves. *« Cela pose la question de la délégation de compétence à la chefferie de pôle. Son rôle est à tester, car il y a un risque en fonction des modalités de travail avec le chef de pôle »*. Il y aura une liberté de décision du pôle dans un cadre contractuel, *« c'est plus efficace que ce soit eux qui fassent car ils sont au plus près des réalités »*.
- Le DRH déclare ne pas être opposé à la délégation de gestion des ressources humaines. Cependant, il pense que cela aura pour conséquence de nouvelles responsabilités pour les chefferies de pôle auxquelles elles ne sont pas encore préparées. Il craint de perdre en cohérence institutionnelle. *« Il y a un risque de perte de responsabilité pour le DRH et pour le DS. On risque de créer des mini PME »*.
- Les CGS des centres hospitaliers ont un regard plus nuancé. L'une d'elle (CH 1) pense que c'est une affaire compliquée car *« il ne faut pas déléguer la pénurie et la stratégie ne se délègue pas »*. Une autre (CH 3), plus favorable, constate le nombre trop important de pôles, de plus *« les pôles sont trop petits, il y a un problème de masse critique »*. Enfin la dernière voit la contractualisation et la délégation de gestion *« d'un mauvais œil »*.

### 3. La relation fonctionnelle entre direction des ressources humaines et direction des soins :

- Le directeur d'établissement indique que le DRH a la responsabilité de la gestion des ressources humaines et de la formation, il est l'expert. Le DS donne son avis qui est suivi. La décision est conjointe, mais c'est le DRH qui signe. La direction d'établissement, la direction des ressources humaines et la direction des soins «*sont là pour contrôler, évaluer et donner de l'impulsion aux projets*». «*Je m'appuie sur le directeur des soins pour les choix et l'organisation*».
- Le DRH déclare «*je suis sur la même longueur d'onde que le DS. Le directeur d'établissement donne les orientations, le DS définit la compétence, le DRH tient le volet financier et les rapports sociaux au sein de l'établissement*».
- Le médecin chef de pôle souhaite que la direction des soins «*évolue à l'intérieur des pôles avec plus de décentralisation*». La direction des soins est le «*pilier nécessaire*». Pour lui, l'objectif est de trouver un juste équilibre entre activité et présence des personnels.
- Les CHU ont structuré la relation DRH-DS.

Dans le CHU 1, il y a un pôle soins et formation et un pôle ressources humaines. Le DS a l'expertise sur la sélection de la compétence, le DRH a celle de la gestion de la carrière. «*La décision est conjointe même si le DRH signe et a la responsabilité*».

Dans l'autre, le DS pense qu'en général la relation n'est pas toujours claire car il y a beaucoup de responsabilités communes. «*Au CHU, il y a deux DRH dont un sur le champ des compétences*». Des réunions hebdomadaires sont instituées entre direction des ressources humaines et direction des soins. En plus, il y a un directeur de la formation et des écoles, «*la tension se situe plutôt là*». Les études promotionnelles sont de la compétence de la direction des ressources humaines car il s'agit de GPEC.

- Un CGS de centre hospitalier (CH 1) reconnaît une relation DRH-DS difficile. «*J'ai beaucoup d'autonomie sur le choix des gens, on a un territoire partagé, il faut savoir qui fait quoi, il faut être en phase pour travailler ensemble*». Un autre CGS (CH 3) précise que le DRH est arrivé récemment. Le périmètre des responsabilités n'est pas encore clairement défini. Il souhaite redéfinir le rôle de chacun en matière de recrutement et de formation continue, et participer au projet de GPEC. Enfin, le troisième

ne se prononce pas sur la question sinon qu'il faut que DS et DRH travaillent « *main dans la main* ».

#### 4. L'état de la formation continue :

- Le directeur d'établissement précise en préambule qu'un budget important est consacré à la formation continue. « *C'est largement dû aux études promotionnelles* ». Il déclare qu'il ne déléguera pas tous les crédits de formation. Il pense conserver une réserve pour des projets transversaux inter pôles.

Le plan de formation est organisé mais le suivi financier pose un problème. Une commission de formation « *prend des décisions assez transparentes, mais parfois excessives* ». C'est « *encore un catalogue* ». Il indique son souhait de développer des projets au niveau des services et des pôles. « *Tous les services n'ont pas de projet de formation, c'est très dépendant du cadre* ».

Un lien a été développé entre évaluation des agents et définition des besoins de formation, mais il n'y a pas d'objectifs individualisés.

- Le DRH fait le lien direct entre formation continue et GPEC. « *Pour moi, la gestion des compétences se fait à deux niveaux, l'adaptation à l'emploi et la promotion professionnelle pour un changement de métier dans une même filière professionnelle* ».

Il constate que concernant les formations d'adaptation à l'emploi, « *il n'y a pas une réelle vision prospective mais le plan est plutôt un catalogue* ».

Il souhaite définir des règles comme par exemple comment devenir cadre au centre hospitalier.

Une commission de formation existe qui trie « *la compilation exhaustive de l'ensemble des demandes de formation* ».

Il insiste sur le fait que la direction des soins « *doit être dans une logique avec le besoin de former ou non* », la direction des ressources humaines dans une logique administrative.

Il n'y a pas de lien entre formation continue des personnels hospitaliers et formation médicale continue. « *La commission FMC est une chambre d'enregistrement. Il faudrait organiser un plan de formation médicale* ».

- Le médecin chef de pôle se prononce peu sur la formation des personnels hospitaliers. Il souhaite cependant le développement de la formation en intra hospitalier. Il revient souvent sur la nécessité de former les chefs de pôle, les médecins mais aussi les cadres car « *on ne sait pas gérer le personnel* ». « *En ce qui concerne la formation médicale continue on est*



*très mal. On a un budget, mais je ne sais pas comment il est géré. Le budget ne suffit pas et il y a un manque de clarté ».*

- Dans le CHU 1, un cadre supérieur de santé est chargé de coordonner la formation continue pour le pôle soins et formation.

Il y a des projets de pôle formalisés comme le projet de vie en gériatrie ou en pédiatrie. Ces projets peuvent être annuels ou pluriannuels et sont gérés directement par les chefferies de pôle.

Les formations individuelles techniques et plus personnelles sont aussi du ressort des chefferies de pôle à partir de critères et d'une argumentation présentés à la commission de formation.

Les formations promotionnelles et les préparations aux concours sont de la responsabilité de la direction des soins ou de la direction des ressources humaines à partir d'une démarche de sélection validée. Il y a un appel à candidature, puis un entretien individuel s'appuyant sur une évaluation des compétences et une grille avec des critères « *d'équité et d'ancienneté* ». Pour les cadres un parcours est mis en place (tutorat, préparation au concours), ainsi qu'une liste d'attente pour les agents faisant fonction de cadre.

- Dans le second CHU, le directeur des soins interrogé est chargé notamment de la formation (formation continue, instituts de formation, liens avec l'université), de la gestion des compétences et du co-pilotage du projet social avec un des DRH.

La déconcentration en matière de formation existe depuis trois ans. Il y a un référent formation par pôle ainsi qu'un recueil de besoins. Le référent peut être un cadre ou un médecin.

La formation continue n'est pas totalement déconcentrée. Un projet de formation triennal existe avec un volet annuel. Les projets de pôle doivent être en cohérence avec les axes institutionnels. Les formations transversales (évaluation des pratiques professionnelles, fonction d'encadrement...) sont gérées par la direction des soins.

Le budget est une répartition de la masse salariale du pôle. Il y a un arbitrage « *interpôles* », une négociation qui débouche sur une mutualisation des crédits entre eux. Mais, « *il y a un risque d'aller vers l'indépendance et des plans de formation incohérents, d'aller vers la balkanisation* ».

Une commission de formation existe et « *se réunit trop souvent à mon goût* ».

Des formations « interpôles » sont organisées et coordonnées par la direction des soins.

- Dans les centres hospitaliers, la gestion de la formation continue est centralisée.

Dans le CH 1, il a fallu réduire les coûts de formation continue du fait du plan de retour à l'équilibre. L'objectif est de développer des formations internes pour les services, le jour et la nuit, avec des courtes séances de 2 heures, et de s'appuyer sur le « E-learning ». Le CGS déclare « *le projet de formation appartient à celui qui le porte* ». Le DS « *garde la main* » sur la formation promotionnelle et les diplômes universitaires. « *Avec les pôles, il pourra y avoir des problèmes si la DS ne garde pas la main sur les promo. Il y aura un problème d'avenir professionnel, on aura des clones* ».

Dans le CH 2, le DRH a confié la formation et la gestion des concours à un attaché d'administration hospitalière. « *Finalemment, c'est pas si mal, car au fond cette personne peut avoir un regard différent, distancié par rapport à celui d'un soignant, ce qui peut être une valeur ajoutée* ». Le CGS a été missionné sur le projet social avec un axe formation continue. Le plan de formation est pluriannuel, évalué et réajusté périodiquement. Le CGS délègue la formation continue aux DS de chaque site, mais il « *impulse les orientations de formation sur les thématiques du service de soins et sur les axes transversaux* ». Il n'y a pas d'intervention des médecins dans le choix des formations, mais quelques actions communes sont organisées à l'initiative du directeur d'établissement, en management par exemple.

Dans le CH 3, l'organisation de la formation continue au sein de la direction des soins est en cours de structuration. « *Il faut que la personne chargée de cette mission puisse mener une politique en fonction du projet de soins et des axes prioritaires de la direction des soins, et croiser tout ça avec le projet d'établissement, les projets de pôle et la GPEC* ». « *Dans l'établissement, le mot critère est un gros mot, un mot mal compris. C'est pour les cadres quelque chose de compliqué et hors d'atteinte* ».

- L'attaché d'administration hospitalière interrogé a intégré récemment la direction des ressources humaines de l'établissement. La gestion de la formation continue fait partie de son périmètre de responsabilité. Il a suivi la formation de responsable chargé de formation organisée par l'ANFH. Mais il n'a pas encore bien délimité son niveau d'intervention. Il constate que les services administratifs et logistiques sont peu demandeurs de formation. Une nouvelle démarche d'évaluation des personnels est en cours et permettra de mettre plus en adéquation le niveau de compétences

attendues et les besoins de formation continue. Il attend de la direction des soins la définition des priorités de formation pour l'ensemble des soignants, de même que pour les autres directions fonctionnelles.

- Le cadre de santé expert membre de l'équipe d'une direction des soins a un regard nuancé sur le fonctionnement de la formation continue de son établissement. Il a l'impression que les besoins des services et des personnels ne sont pas pris en compte. La conséquence est un plan de formation élaboré de façon empirique.

#### **5. L'articulation entre les différents projets :**

- Pour le directeur d'établissement, la formation continue doit accompagner les projets les plus importants, dans un contexte contraint d'un point de vue budgétaire et social. Le budget de formation peut éventuellement être une « *variable d'ajustement* » dans le cadre du plan de retour à l'équilibre.
- Le DRH souhaite inscrire les projets de formation en cohérence avec le projet institutionnel, les projets de service ou de pôle, ce qui n'est pas la réalité actuelle. L'objectif est d'accompagner des projets individuels ou collectifs en regard du projet de restructuration de l'établissement. Mais, il constate que cela s'inscrit dans un contexte de contrainte budgétaire en perspective avec l'état prévisionnel des recettes et des dépenses et le plan de retour à l'équilibre.
- Le médecin chef de pôle souhaite développer des actions au regard des orientations du projet de pôle.
- Au niveau des CHU, un cadre est posé afin que les projets de formation des pôles soient en cohérence avec les axes institutionnels du projet d'établissement et du projet de soins.
- Dans les CH, les axes de formations sont articulés avec le projet d'établissement et notamment le projet social et le projet de soins. Ils tiennent également compte du contexte budgétaire contraint déjà évoqué. Le CGS du CH 2 précise que les axes tiennent compte également des résultats de l'accréditation, et des obligations de gestion des risques et de sécurité.

#### **6. La promotion des qualifications :**

- Face à cette question, les réponses se sont toutes orientées d'emblée vers les formations promotionnelles.

- Le DRH constate que la promotion professionnelle est un « *ascenseur social* » déconnecté de toute vision institutionnelle, car il s'agit encore de répondre à une demande sociale, une pression sociale.
- Dans le CHU 1, les études promotionnelles et les préparations aux concours sont de la responsabilité de la direction des soins ou de la direction des ressources humaines à partir d'une démarche de sélection validée.
- Dans le CHU 2, les études promotionnelles sont de la compétence de la direction des ressources humaines car il s'agit de GPEC.
- Le CGS du CH 1 déclare que la direction des soins « *garde la main* » sur les études promotionnelles et les diplômes universitaires. La VAE pour l'accès au diplôme d'aide-soignant(e) est une des priorités, « *on aide les ASH à professionnaliser leur parcours* ». Il pense que le transfert de compétence souffre de sa présentation, « *c'est parce qu'on manque de médecins mais pas pour valoriser une profession* ».
- Le CGS du CH 2 indique qu'il existe un comité emploi formation spécifique aux actions promotionnelles qui se réunit deux fois par an. Il n'est pas composé des mêmes personnes que la commission de formation.
- Le CGS du CH 3 constate que l'« *on ne parle pas assez de la compétence collective ça reste au niveau de l'individu. Il est intéressant de mutualiser les formations pour partager la compétence* ».

## **7. L'action des cadres :**

- Le directeur d'établissement constate que « *tous les services n'ont pas de projet de formation, c'est très dépendant du cadre* ».
- Pour le DRH, l'objectif est de s'appuyer sur l'entretien d'évaluation réalisé avec les cadres afin de mieux cibler le plan de formation. Il constate que les cadres ne font pas le filtrage préalable en s'appuyant sur l'évaluation individuelle, le projet de service ou de pôle ni sur le projet de soins.
- Le médecin chef de pôle constate qu'il est assisté d'un cadre soignant « *chargé de régler les problèmes de personnel* », et d'un cadre de direction chargé du suivi de l'activité. «  *finalement on est maître de rien* ».
- Dans le CHU 1, le CGS précise qu'il y a une répartition des rôles entre médecins et cadres supérieurs de santé de pôle. Il déclare que « *c'est au cadre supérieur de prendre sa place* ». Il constate qu'il n'y a pas de problème de gestion des compétences, car c'est de la responsabilité du cadre supérieur de pôle à travers l'évaluation. « *Le DS ne peut pas tout contrôler, c'est de la compétence du cadre supérieur* ».

- Dans le CHU 2, il y a un référent formation par pôle ainsi qu'un recueil de besoins. Le référent peut être un cadre ou un médecin.
- Au niveau du CH 1, le CGS indique que les orientations institutionnelles et les règles relatives à la formation continue sont présentées en réunion de cadre. La gestion des compétences est de la responsabilité du cadre, car « *c'est lui qui connaît le mieux l'agent au quotidien, c'est le n+1 qui a l'expertise du terrain* ». Les objectifs individuels ou collectifs sont gérés par les cadres en fonction des projets et de l'évaluation.
- Le CGS du CH 3 constate que les cadres ne recensent pas les besoins de formation mais qu'ils collectent des informations sans définir les priorités et sans argumentation.

### 3.2.2 Interprétation des données

De l'ensemble de ces données, il nous est possible de proposer des pistes d'analyse.

#### 1. L'état de la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance :

- Force est de constater les écarts et les incertitudes à travers les quelques données des entretiens qui reflètent la réalité du contexte .
- Les CHU sont inscrits dans la réforme depuis quelques années dont le CHU 2 depuis 2002. L'expérimentation leur a permis d'anticiper et de tester des modes d'organisation.

Le CGS du CHU 1 est confiant et s'inscrit pleinement dans la démarche engagée. Chef du pôle soins et formation, il a un périmètre clairement défini. Les modalités de fonctionnement avec les chefferies de pôle sont également formalisées notamment en ce qui concerne le partage des responsabilités en matière de gestion des ressources humaines.

Mais nous constatons la difficulté de positionnement de la direction des soins du CHU 2 face à des directeurs de pôle « *autoproclamés* ». Cette difficulté semble amplifiée par la réalité complexe de l'organigramme de la direction des ressources humaines (deux DRH) et l'existence d'une direction de la formation. La multiplicité des interlocuteurs alourdit les relations et peut avoir pour conséquence la délimitation floue des périmètres de responsabilité. Par ailleurs, il y a une crainte de balkanisation. « *Il n'y a pas de référence institutionnelle ni une autonomie organisée par un cadre précis, il y a trop de flou* ».

- Les CH sont en cours de mise en œuvre de la réforme. Les représentations de la nouvelle gouvernance qu'ont les CGS des CH 1 et CH 2 sont assez nuancées et une résistance au changement est

perceptible. Ces établissements ne s'étaient pas inscrits volontairement dans l'expérimentation. L'un d'eux vient de vivre une fusion difficile qui n'est pas aboutie. L'autre a constaté un déficit qu'il juge important, et la priorité est au retour à l'équilibre financier.

Le CH 3 s'était inscrit dans l'expérimentation en 2004, mais il a subi de plein fouet la mise en œuvre de l'EPRD qui a mis en évidence un déficit important. En effet, cet établissement a doublé sa capacité d'accueil en peu de temps dans le cadre du plan « hôpital 2007 » et a construit un nouveau plateau technique. Malgré un rebasage budgétaire, les coûts d'amortissement et d'endettement deviennent un handicap majeur. Un plan de retour à l'équilibre drastique a été mis en œuvre avec pour conséquence une détérioration importante du climat social et du niveau de confiance du corps médical à l'égard de la direction. Par ailleurs, le découpage en pôles a conservé la plupart des services existants afin de tenir compte des « *inimitiés des uns et des autres* ». Aujourd'hui, la direction, en grande partie renouvelée, est face à une difficulté dans la mise en œuvre d'une délégation de gestion efficace du fait d'une masse critique insuffisante. Le conseil exécutif s'est donné pour objectif un dimensionnement plus réaliste.

#### **En synthèse :**

La mise en œuvre de la nouvelle gouvernance dépend très directement du contexte de l'établissement. Toutefois, les CHU semblent plus avancés. Leur dimensionnement paraît plus adapté à un découpage en pôles. Le CHU expérimentateur de longue date ne semble pas en phase avec l'esprit de la réforme.

Les directeurs de soins en CHU sont partie prenante de sa mise en œuvre.

Les CH sont en difficulté. Leur taille et leur histoire, ainsi que leurs contextes budgétaire et financier semblent freiner la mise en place de la nouvelle gouvernance.

Les directeurs des soins des CH semblent avoir un avis plus nuancé voire négatif au regard de la réforme.

## **2. L'impact de la nouvelle gouvernance sur la gestion des ressources humaines :**

- La question de la contractualisation interne et de la délégation de gestion est posée à travers ce thème.

Là encore, force est de constater les écarts de point de vue et les difficultés de mise en œuvre.

- Le CHU 1 est en cours de mise en place de la délégation de gestion des ressources humaines aux chefferies de pôles. La volonté est de préserver

la cohérence institutionnelle et de développer de la transversalité à travers les contrats de pôle, la formalisation de procédures notamment en matière de recrutement et de formation continue, la gestion centralisée de moyens complémentaires afin de réaliser des projets institutionnels transversaux.

- Bien qu'expérimentateur depuis 2002, le CHU 2 n'est pas passé à la phase de contractualisation. Par contre, il a mis en place une déconcentration s'appuyant sur des directeurs de pôles. Ainsi, des enveloppes sont attribuées notamment en matière de gestion des ressources humaines. Là encore, la volonté est de préserver la cohérence institutionnelle en limitant l'objet de la déconcentration et le volume financier confié aux pôles. Sans doute y a-t-il un écart entre ces dispositions et l'esprit de la réforme, car où se situe la délégation de gestion au médecin chef de pôle et à partir de quel contrat ?
- Il n'y a pas de contractualisation ni de délégation de gestion dans deux des trois centres hospitaliers. Cependant, des signatures de contrats de pôle ont commencé dans l'un d'eux (CH 3). Un début de délégation de gestion partielle y est en test. Le directeur d'établissement est confronté à une situation budgétaire et financière difficile qui a pour conséquence des mesures de retour à l'équilibre impopulaires. Dans ce contexte, il lui est difficile d'aller plus loin dans la démarche d'autant qu'il ne semble pas convaincu du niveau d'implication et de compétences en gestion des chefferies de pôles.
- Si le DRH interrogé semble prêt à déléguer une partie de sa responsabilité, il ne cache pas son inquiétude quant au risque de perte de cohérence institutionnelle. Il pense cela envisageable à condition de conserver l'essentiel de la gestion des carrières, et un budget centralisé pour des projets transversaux. Il craint une perte de responsabilité du DRH et du DS, et la création de petites entreprises au sein de l'établissement.

### **En synthèse :**

La contractualisation et la délégation de gestion des ressources humaines se mettent en place progressivement mais non sans difficultés et craintes.

Un certain nombre de questions se posent pour les établissements mettant le dispositif en place. La première d'entre elles est la recherche de cohérence institutionnelle. L'objectif est de contractualiser, mais de déléguer au plus juste afin de préserver une dynamique globale au sein de l'établissement. Une crainte de balkanisation existe, d'ailleurs des directeurs de pôle semblent déjà s'être « *auto proclamés* » dans un des CHU. Une seconde question interroge le partage des responsabilités et des

compétences, et peut-être la place, le positionnement, le rôle des directions fonctionnelles dont la direction des soins et la direction des ressources humaines.

En centre hospitalier, la représentation qu'ont les directeurs des soins, mais également le directeur d'établissement et le DRH, de la délégation de gestion semble réservée. Là encore, le contrat ne signifie pas une délégation de gestion totale. L'objectif serait plutôt de déléguer a minima afin de préserver à la fois une cohérence de gestion d'ensemble et l'existence des directions fonctionnelles.

### **3. La relation fonctionnelle entre direction des ressources humaines et direction des soins :**

- La relation fonctionnelle entre direction des ressources humaines et direction des soins semble être harmonieuse dans le plupart des cas. Pour le directeur d'établissement la relation est claire.
- Dans le CHU 1, le périmètre d'intervention semble clairement délimité entre le pôle soins et formation et le pôle ressources humaines. Les partages de responsabilités sont identifiés. Des procédures ont été élaborées concernant par exemple les modalités de recrutement, de promotion au grade de cadre de santé. Les décisions sont prises conjointement, le DRH en a la signature.
- Dans le CHU 2, l'organigramme de l'équipe de direction nous paraît avoir pour conséquence une plus grande complexité de la relation entre direction des soins et direction des ressources humaines. En effet, même si les responsabilités semblent distribuées, la présence de deux DRH et d'un directeur de la formation ne simplifie pas la tâche d'un directeur des soins chargé de la formation. En effet, cela pose la question du partage des responsabilités et de la cohérence dans la prise de décision. L'existence d'une réunion hebdomadaire direction des soins et direction des ressources humaines peut permettre d'aplanir les difficultés potentielles. Mais quelle relation avec le directeur de la formation et quelle cohérence d'ensemble ?
- Dans le CH 1, la relation interpersonnelle semble difficile entre le CGS et le DRH. Ils savent qu'ils n'ont pas le choix : ils doivent travailler ensemble. La direction des soins a une autonomie dont le périmètre ne paraît pas clairement défini. Le partage des responsabilités n'est pas clarifié et le CGS se pose la question de savoir qui fait quoi.
- Dans le CH 2, le CGS a éludé la question. Toutefois en fin d'entretien, il déclarait « une bonne organisation de la formation, c'est s'appuyer sur ce



qui existe qui n'est pas si mal (...), et travailler main dans la main avec le DRH ».

- Dans le CH 3, le CGS semble être dans l'incertitude. Il souhaite organiser différemment le périmètre des responsabilités entre direction des soins et direction des ressources humaines notamment en matière de recrutement, de formation et de GPEC.

#### **En synthèse :**

L'ensemble des personnes concernées et quel que soit le contexte semblent admettre la nécessaire cohérence dans la relation fonctionnelle entre la direction des soins et la direction des ressources humaines. Par ailleurs, il apparaît qu'un atout majeur du CHU 1 est la structuration du partage de responsabilités et la délimitation précise des périmètres d'intervention des deux directions. La création d'un pôle soins et formation et d'un pôle ressources humaines en est peut être une des composantes essentielles.

Toutefois, force est de constater l'importance des relations interpersonnelles entre le ou les directeurs des soins et le ou les directeurs des ressources humaines ou de la formation.

#### **4. L'état de la formation continue :**

- Les modalités de gestion de la formation continue sont étroitement liées aux thèmes évoqués précédemment. Elles dépendent en effet de l'état d'avancement de la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance et notamment de la contractualisation interne et de la délégation de gestion.
- Le CHU 1 semble le plus avancé dans la démarche. Là encore, le périmètre des responsabilités des directions et des pôles sont clairement définis. Un cadre supérieur de santé est chargé de coordonner la formation sur l'ensemble de l'établissement afin de préserver une cohérence institutionnelle, de développer des projets transversaux et « interpôles » et d'évaluer les résultats. Les chefferies de pôle ont une autonomie et une responsabilité en lien avec le contrat de pôle et la délégation de gestion. La gestion des compétences est confiée aux cadres supérieurs de pôle à travers l'évaluation. La DRH intervient dans le champ de la gestion des carrières (études promotionnelles et GPEC).
- Le CHU 2 a déconcentré la formation continue au niveau des pôles depuis 3 ans. Un budget centralisé a été conservé afin de préserver la mise en œuvre de projets transversaux qui sont gérés par la direction des soins. Le système paraît fonctionner bien que le DS semble nuancé quant à sa pertinence et à son efficacité (trop lourd et trop coûteux). De plus, les modalités d'évaluation ne semblent pas clairement définies.

- Les trois CH ont une organisation centralisée.  
Toutefois deux des CH sont en difficulté budgétaire et ont envisagé de réduire leur effort de formation, notamment concernant les études promotionnelles. La formation semble être une des « variables d'ajustement » nécessaire au retour à l'équilibre.
- Dans l'ensemble les plans de formation annuels ou pluriannuels existent. Les commissions de formation fonctionnent et l'élaboration du plan de formation s'appuie sur une large concertation.  
Mais dans plusieurs établissements, il semble qu'il y ait un manque de cohérence dans les priorités et une difficulté à maîtriser le recensement des besoins et leur traduction en projets de formation.

**En synthèse :**

Les personnes interrogées semblent investies dans le domaine de la formation. Cependant, il nous est apparu à plusieurs reprises qu'il ne s'agit pas pour autant d'une préoccupation majeure ou d'une priorité.

La plupart du temps, le lien est fait entre gestion et développement des compétences et formation continue, mais la difficulté réside à donner du sens et de la cohérence, et d'impulser une dynamique de GPEC.

Là encore, les CHU sont les plus avancés en matière de responsabilisation des chefferies de pôle.

Les CH ont une gestion centralisée et la GPEC semble inexistante. Par ailleurs, ils sont prêts à réduire leur effort de formation face à leur déséquilibre financier.

**5. L'articulation entre les différents projets :**

- Les personnes interrogées affichent leur volonté de donner une dimension institutionnelle aux projets de formation. Pour cela, ils affirment la nécessité du lien avec le projet d'établissement, ses composantes sociale et soignante, avec les projets de service ou de pôle. Peu font référence à la démarche d'amélioration continue de la qualité, à l'accréditation ou à la gestion des risques et des vigilances.  
L'articulation semble plus formalisée dans les CHU.
- Cependant, dans les CH cette volonté semble avoir pour conséquence une réduction de la prise en compte de projets de formation plus individualisés.
- Le médecin chef de pôle semble avoir peu de lisibilité et peu d'intérêt en matière de formation continue. Par ailleurs, il semble exister peu de passerelles entre formation continue des personnels hospitaliers et formation médicale continue. Il pourrait sembler difficile de réunir médecins

et personnels hospitaliers dans une même enceinte, pour un même objet de formation.

### **En synthèse :**

L'articulation entre les différents projets semble aller de soi.

Cependant, il ne semble pas exister de connexion structurée entre projet de formation des personnels hospitaliers et projet de formation médicale.

### **6. La promotion des qualifications :**

- Cette thématique a été centrée d'emblée sur les études promotionnelles par les personnes interrogées. Peut-être est-ce une des limites du guide et de notre technique d'entretien. La question n'était peut-être pas assez précise et les reformulations insuffisantes.
- Dans tous les cas, la promotion des qualifications est rattachée à la gestion de la carrière. Elle semble par nature de la responsabilité du DRH. Le lien est fait avec la GPEC, même lorsqu'elle n'est pas mise en place. Cependant, il existe un partage de responsabilité plus ou moins formalisé avec le DS. Là encore, les CHU ont défini clairement des procédures.
- Dans deux CH, il est envisagé de réduire le volume d'études promotionnelles. Leur objectif est de mieux cibler les métiers concernés et de réduire les coûts, notamment en matière de remplacement.
- Le CGS du CH 3 a un regard différent sur la question. Il l'oriente également dans une perspective de gestion des compétences au plus près de l'utilisateur. Son objectif est de promouvoir la mutualisation des connaissances et des expériences au sein des pôles, afin de développer une compétence collective. Cependant, il en reconnaît de fait la difficulté de mise en œuvre.
- La validation des acquis de l'expérience n'a été que peu évoquée. Le parcours VAE semble formalisé dans les établissements ayant un nombre important d'ASH. Le dispositif semble accepté en ce qui concerne l'accès au diplôme d'aide-soignant(e). Un CGS a clairement déclaré son opposition à une VAE permettant l'accès à des diplômes à exercice réglementé.
- Le transfert de tâches et de compétences n'a été abordé qu'une seule fois. Le point de vue du CGS était peu nuancé. Il semblait attaché à l'idée d'une gestion de la pénurie de l'effectif au profit du corps médical, plutôt qu'à un développement de nouvelles compétences professionnelles ou une émergence de nouveaux métiers.

### **En synthèse :**

La thématique a été vue sous l'angle des études promotionnelles.

La promotion des qualifications est du ressort du DRH. Le partage des responsabilités entre direction de soins et direction des ressources humaines semble identifié, voire codifié.

Un lien naturel est fait avec la GPEC.

Un CGS semble considérer que la qualification passe également par une mutualisation des connaissances et des expériences au sein des pôles. Le diplôme ne semble pas suffire, il n'est pas la garantie de compétences en situation.

La VAE et le transfert de tâches et de compétences n'ont été que peu abordés.

### **7. L'action des cadres :**

- Force est de constater le regard critique de la plupart des personnes interrogées vis-à-vis de l'action des cadres.
- Ils sont souvent pointés du doigt, semblant incapables de formaliser un recensement des besoins de formation cohérent s'appuyant sur des critères objectifs et sur la procédure d'évaluation.
- Le point de vue est plus nuancé dans les CHU. Les DS affichent une volonté de responsabilisation des cadres supérieurs de pôle ou des référents formation. L'un d'entre eux déclare « *le DS ne fait pas les choix, il conseille et oriente. L'objectif est de responsabiliser l'encadrement des pôles* ».
- A priori, les cadres semblent être « la cheville ouvrière » sur laquelle repose la cohérence et la dynamique du dispositif.

### **En synthèse :**

L'action des cadres est souvent présentée comme cause des dysfonctionnements en matière de formation continue.

Elle semble être l'interface incontournable, utile à la cohérence du dispositif de formation.

## 4 Quelques réponses et propositions d'action

### 4.1 Les réponses au questionnaire et à l'hypothèse

Nous avons conscience que cette étude est limitée. Elle nécessite d'être étendue à un plus grand nombre de personnes interrogées pour en tirer des conclusions générales.

Toutefois les données recueillies permettent d'apporter un début de réponse au questionnaire initial.

#### 4.1.1 Des pistes de réponses au questionnaire initial

##### **Le positionnement stratégique de la direction des soins :**

Il nous apparaît que dans le cadre de la mise en œuvre de la « nouvelle gouvernance », le positionnement stratégique de la direction des soins a été déplacé. Il nous semble que c'est au profit d'une vision plus globale et transversale de la politique de soins.

L'expérience des deux CHU permet de l'entrevoir et de tenter de le décrire.

Dans un tel contexte, la direction des soins s'assure de l'homogénéité des décisions et coordonne les interfaces entre les pôles. Elle est positionnée à un niveau d'arbitrage, de médiation, et de conseil. Elle coordonne par nature l'organisation générale des soins afin de donner un sens et une cohérence soignante entre les pôles. Le projet de soins en est l'outil. Il permet de fixer les orientations générales. Un partage des responsabilités entre les directions fonctionnelles, dont la direction des soins, et les chefferies de pôle est clairement identifié et codifié.

Le positionnement stratégique se situe alors à un niveau de direction, centré sur des missions de coordination. Ainsi, comme le déclare un CGS, « *la stratégie ne se délègue pas* ».

##### **La délégation de gestion en matière de formation continue :**

Les CHU sont allés très loin dans la délégation de gestion de la formation continue. Les CH ont encore des dispositifs centralisés.

Alors jusqu'où aller en ce qui concerne cette délégation ?

Il est possible de distinguer un préalable : la préservation d'une cohérence institutionnelle en référence aux orientations du projet d'établissement.

La direction des soins se situe à un niveau stratégique en participant à la définition de la politique de formation.

La délégation se traduit par l'attribution d'un budget de formation aux chefferies de pôle, la plupart du temps en fonction de la masse salariale, et par la définition contractuelle du niveau d'autonomie en matière de gestion et de décision.

Elle ne concerne pas les projets transversaux ou «interpôles », ni la promotion des qualifications qui sont de la responsabilité partagée de la direction des ressources humaines ou de la formation, et de la direction des soins.

Les projets de formation de pôle sont élaborés en cohérence avec les orientations du projet de plan de formation pluriannuel de l'établissement.

Les modalités d'évaluation de cette délégation de gestion sont intégrées au contrat ou au dispositif général d'évaluation du plan de formation.

### **La logique locale des responsables de pôles :**

Cette logique est faiblement perceptible à travers les entretiens menés. L'échantillon ne permet pas d'en tirer des enseignements généraux.

Cependant, le chef du pôle soins et formation précise clairement sa logique. La définition des contours du périmètre des responsabilités est un des préalables nécessaires à un fonctionnement cohérent. Ce pôle ne produit pas d'activité et n'a pas de budget en propre. La logique est celle qui a été évoquée en matière de positionnement de la direction des soins.

Le médecin chef de pôle et président de CME a un regard critique vis-à-vis de ce nouveau dispositif. Il est attaché à la chefferie de service et à son autonomie d'exercice professionnel. Il souhaite plus de décentralisation et gérer son pôle en toute indépendance, créer sa petite entreprise au sein de l'hôpital.

### **Les impacts sur les organisations mises en place et sur les orientations de formation des professionnels soignants :**

La mise en œuvre de la « nouvelle gouvernance » a nécessairement des impacts sur les organisations.

Le premier d'entre eux, nous l'avons vu, est le déplacement du positionnement de la direction des soins.

La plupart des directeurs interrogés se questionnent quant à la nature du partage de responsabilités et ont des craintes en ce qui concerne leur périmètre d'intervention.

Au niveau des pôles, la mise en place de la contractualisation interne et de la délégation de gestion, notamment en matière de formation continue, peut permettre la responsabilisation de l'encadrement supérieur du pôle mais également de l'encadrement de proximité.

Le cadre contractuel impose une gestion rigoureuse, transparente et harmonisée des budgets délégués, et une conduite de projets de formation de pôle en cohérence avec les orientations institutionnelles.

Le contrat implique également une évaluation des actions entreprises et de leurs effets sur les compétences individuelles et collectives.

Cette organisation a pour ambition de préserver une cohérence institutionnelle et une dynamique d'établissement.

Nous l'avons vu, la direction des soins est positionnée à un niveau d'arbitrage, de médiation, de conseil et d'audit. Elle aide à la construction de projets transversaux et « interpôles ».

Finalement, dans la continuité d'une organisation centralisée, elle impulse la politique de formation du service de soins et fixe les orientations générales.

Cependant, la définition des objectifs de formation est en partie déconcentrée. Ils sont aussi de la responsabilité de la chefferie de pôle. Ils doivent répondre à la réalisation du projet de pôle et des projets individualisés des agents issus de la procédure d'évaluation.

A notre point de vue, cette responsabilisation des chefferies de pôle est toute relative car elle ne concerne pas l'intégralité du volet formation. La promotion des qualifications, c'est-à-dire les études promotionnelles, la VAE, le CFP, le bilan de compétence, est toujours de la responsabilité de la direction des ressources humaines partagée avec la direction des soins.

### **Le projet de formation : un outil de décloisonnement et de transversalité :**

Le projet de formation est un instrument opérationnel qui existe dans les 5 établissements concernés par l'enquête. Les CHU et deux CH ont créé un outil de synthèse sur 3 et 4 ans avec des volets annuels complémentaires.

Il permet de fixer les orientations institutionnelles, en lien avec les objectifs nationaux de formation et les objectifs du projet d'établissement dont son volet social et soignant. Il présente également les perspectives de promotion.

Il s'appuie sur le travail des directions, de l'encadrement, en concertation avec les partenaires sociaux et les instances compétentes.

Nous pensons qu'il s'agit d'une base contractuelle, servant à la cohérence d'ensemble et à la définition d'orientations locales au niveau des pôles.

Dans cet esprit, le projet de formation est bien un outil de décloisonnement et de transversalité. C'est un outil de communication qui permet de faire savoir à l'ensemble des partenaires le sens donné à l'effort de formation et les axes possibles de mutualisation transversale et de développement de projets locaux.

### **Les liens entre projet de soins, projets de pôles et projet de formation :**

Nous l'avons déjà évoqué dans les réponses précédentes, et le lien entre projet de soin, projets de pôle et projet de formation nous semble maintenant une évidence. En effet, le projet de formation ne peut se concevoir qu'en cohérence avec les projets institutionnels et les projets de pôle. Une articulation semble inévitable, et les interfaces sont de la compétence de la direction des soins.

## **Les spécificités du service de soins en matière de formation continue et la marge de manoeuvre du directeur des soins dans un dispositif piloté par la DRH et les pôles :**

A la lumière des entretiens menés, il apparaît qu'au-delà du nombre et de la diversité professionnelle, l'une des spécificités du service de soins en matière de formation continue tient à son positionnement dans le cadre de la mise en œuvre de la « nouvelle gouvernance ».

La direction des soins coordonne l'organisation générale des soins afin de donner les orientations et la cohérence dans la prise en charge soignante entre les pôles, en s'appuyant sur le projet de soins et le projet pluriannuel de formation.

Lorsque le périmètre des responsabilités entre la direction des soins et la direction des ressources humaines est clairement défini, le directeur dispose d'une autonomie d'action. Il en est de même concernant l'organisation en pôles.

Toutefois, il nous semble nécessaire de tenir compte aussi de l'importance des relations interpersonnelles entre le ou les directeurs des soins et le ou les directeurs des ressources humaines ou de la formation.

### **4.1.2 La confirmation de l'hypothèse**

Bien que d'envergure modeste, nous avons pu vérifier à travers cette étude qu'au même titre que d'autres directeurs fonctionnels, le directeur des soins a une « responsabilité partagée » avec les médecins chefs de pôle notamment en matière de développement des compétences. Sans doute est-ce parce que le DS est le gardien de la cohérence de la politique du service de soins et de sa mise en œuvre notamment à travers les projets de formation.

Par ailleurs, la mise en œuvre de la « nouvelle gouvernance » a été une opportunité, notamment dans les CHU concernés par l'enquête. Il a permis aux CGS de préciser les contours du périmètre d'intervention de la direction des soins et de développer des activités d'expertise et de conseil notamment en matière de développement des compétences et de formation continue.



## **4.2 Des propositions d'action**

L'étude que nous avons menée est une approche générale du positionnement du directeur des soins en ce qui concerne la gestion de la formation continue. Cependant, elle tient compte du contexte spécifique de mise en œuvre de la « nouvelle gouvernance » dont l'esprit est de répondre au mieux à la réalité locale des établissements dans lesquels nous avons réalisé les entretiens.

C'est pourquoi, nous pensons que des propositions d'actions ne peuvent s'entendre que dans un contexte donné afin de tenir compte de forces et de faiblesses spécifiques à une organisation.

Nous nous proposons donc d'exposer ici une approche pragmatique menée lors d'un stage réalisé en juin 2006 auprès du CGS du CH 3 de l'enquête.

### **4.2.1 Présentation du contexte de l'établissement**

Le projet d'établissement 2004- 2008 est en cours de mise en œuvre. A ce titre, le Centre hospitalier s'est engagé dans une démarche d'anticipation de la mise en place de la nouvelle gouvernance et à ce jour, est divisé en 8 pôles cliniques et médico-technique. Le conseil exécutif est constitué de 10 membres. Il n'est pas sollicité sur la politique et les orientations de formation.

La formation permanente est un axe du projet social 2004-2008. Les objectifs étaient de renforcer la communication en matière de formation, de renforcer l'évaluation des formations engagées, de renforcer les moyens dédiés aux actions prioritaires.

Le projet de soins 2004-2008 a également fixé les axes prioritaires de formation en lien avec ses objectifs (éducation thérapeutique, dossier de soins, démarche qualité et évaluation, lutte contre la douleur...), mais également des axes spécifiques (plan de formation pluriannuel, promotion de la formation interne).

En 2006, l'établissement est en crise de croissance. En effet, il a doublé sa capacité d'accueil en peu de temps dans le cadre du plan hôpital 2007. Pour cela, il a développé une politique de restructuration architecturale et de rénovation des anciens locaux. Il a construit un nouveau plateau médico-technique. Il a également développé une politique de recrutement de personnels notamment soignants, qui a eu pour conséquence la modification de la pyramide des âges et sans doute de la cartographie des compétences de l'établissement. Cette mutation importante et rapide a provoqué de nombreux effets dont un rebasage budgétaire insuffisant, un surendettement inquiétant, une redéfinition des circuits et des modalités d'organisation. La mise en place de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses dans le cadre de la tarification à l'activité a mis en évidence un déficit important et la nécessité d'un plan de rééquilibrage rigoureux et conflictuel.

Aujourd'hui, la prise de décision concernant la formation continue tient nécessairement compte de cette situation.

L'établissement y consacre près de 4% de la masse salariale des personnels hospitaliers. Ce volume tient compte à la fois des charges directes de formation mais également des traitements des personnels et des mensualités de remplacement. Un effort important est consenti en matière d'études promotionnelles puisque 16 personnes en bénéficient. Par ailleurs, un accompagnement des agents faisant fonction de cadre et une préparation au concours d'entrée en Institut de formation des cadres de santé sont sans doute à l'origine de leur niveau d'investissement dans la fonction et de la réussite de nombre d'entre eux.

Une commission de formation fonctionne ponctuellement, surtout au moment de l'élaboration du plan de formation. Elle est constituée exclusivement de membres de la direction et de représentants du personnel, mais semble assez représentative.

Le plan de formation existe. Il est de périodicité annuelle. Les demandes ne sont pas anonymes. Il ne semble pas être le reflet d'une politique institutionnelle.

La gestion de la formation permanente est de la responsabilité du DRH. Une attachée d'administration hospitalière récemment recrutée a suivi la formation de responsable de formation organisée par l'ANFH. La direction des ressources humaines détient le levier financier et la décision finale. La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences n'est pas formalisée, mais son organisation est une des priorités du DRH.

Le directeur des soins donne un avis sur les compétences requises, qui est en général suivi par le directeur. Il souhaite mieux structurer l'organisation de la formation continue au sein de sa direction et développer une démarche plus participative en s'appuyant sur l'encadrement. En ce qui concerne l'achat de prestations de formation, il souhaite s'appuyer d'avantage sur des cahiers des charges précisant les objectifs, et les indicateurs d'évaluation et de suivi.

Un cadre supérieur de santé, nommé par le directeur des soins, a la mission transversale de la formation. Il s'agit de développer des axes de formation en lien avec le projet de soins, de donner de la cohérence aux actions individuelles, d'évaluer la qualité des prestations et leurs effets dans les services, et d'organiser la disponibilité des agents et leur remplacement éventuel. Il s'agit également d'être l'interlocuteur privilégié des prestataires de formation, des cadres, du directeur des soins, et des partenaires de la DRH. Il a des difficultés à mener cette mission de front avec une activité principale prioritaire.

Les médecins ne semblent pas avoir de regard sur la formation des personnels hospitaliers. Il n'y a pas de lien entre formation des personnels hospitaliers et formation médicale continue.

Les cadres ne formalisent pas les besoins de formation. Ils collectent des informations et les envoient sans définir de priorité et sans argumentation à la direction des soins et à la direction des ressources humaines. Une rénovation de la démarche d'évaluation des personnels est en cours. Elle sera le support du recensement des besoins individuels de formation pour 2007.

En 2006, 26 actions ont été ou seront organisées en interne, soit une cinquantaine de jours. 23 sont spécifiquement dédiées aux personnels soignants, 1 à l'intention de l'encadrement de proximité, et 2 ouvertes à l'ensemble des personnels. Il faut constater par ailleurs que 13 des thématiques ont été traitées par des personnels médicaux ou soignants de l'établissement.

Si la qualité des interventions fait pour la plupart l'objet d'une évaluation, leurs effets sur les pratiques ne sont pas mesurés.

#### 4.2.2 Des forces et des faiblesses

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La volonté politique de la direction, de la direction des ressources humaines, et de la direction des soins, en matière de formation continue.</li> <li>○ L'affichage institutionnel à l'intérieur du projet d'établissement, du projet social et du projet de soins.</li> <li>○ Une organisation au sein de la direction des soins (investissement du DS, CSS en mission transversale, potentiels d'experts).</li> <li>○ La commission de formation qui fonctionne.</li> <li>○ Un plan de formation annuel formalisé.</li> <li>○ Des critères de choix concertés avec la commission de formation.</li> <li>○ Un recensement des demandes de formation réalisé par les cadres.</li> <li>○ Une politique volontariste de promotion professionnelle.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ L'absence de participation du conseil exécutif et du corps médical à la définition des orientations de formation.</li> <li>○ L'absence de projet de formation formalisé au sein des pôles.</li> <li>○ L'absence de local spécifiquement dédié à la formation continue.</li> <li>○ Une coordination peu structurée du cadre supérieur de santé en mission transversale avec le directeur des soins, la DRH et les services de soins.</li> <li>○ L'absence de réunion de la commission de formation en dehors de l'élaboration du plan.</li> <li>○ L'absence de projection pluriannuelle en référence au projet d'établissement ou au projet de soins.</li> <li>○ L'absence de communication formalisée sur les axes institutionnels.</li> </ul>

<b>Forces (suite)</b>	<b>Faiblesses (suite)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Le développement des formations internes et l'investissement de professionnels de l'établissement.</li> <li>○ L'existence d'un service de compensation et de suppléance.</li> <li>○ La présence du cadre supérieur de santé en mission transversale à la plupart des temps de bilan.</li> <li>○ La mise en œuvre d'une nouvelle démarche d'évaluation des personnels.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Des critères de choix peu adaptés à la gestion du développement des compétences.</li> <li>○ Un recensement des demandes sans définition préalable d'objectif, de priorité et sans argumentation.</li> <li>○ L'absence d'entrevue ou de réunion de synthèse avec les cadres de pôle afin de finaliser les priorités.</li> <li>○ Des études promotionnelles en décalage par rapport aux besoins de l'établissement.</li> <li>○ L'absence de procédure relative à la promotion.</li> <li>○ Une cinquantaine de journées réalisées ou potentiellement réalisables pour plus de mille agents.</li> <li>○ L'évaluation de la qualité des prestations non systématisée.</li> <li>○ L'absence de l'évaluation des effets de la formation sur les pratiques professionnelles.</li> </ul>

#### 4.2.3 Quelques propositions d'actions concrètes

L'ensemble de ces informations nous permet d'esquisser quelques propositions d'actions.

<b>Action 1 : structurer la cellule formation de la direction des soins (1).</b>		
<b>Personne concernée</b>	le directeur des soins	<b>Délais</b>
<b>Objectifs</b>	définir la fiche de poste du cadre de santé chargé de cette mission et son périmètre d'intervention (répertoire des métiers), afin de lancer un appel à candidature, ou de recruter un nouveau cadre.	1 mois
	former ce cadre à la mission de responsable de formation (ANFH).	4 mois
<b>Evaluation</b>	réalisation du recrutement et départ en formation. évaluation et rapport d'étape au 3 <sup>e</sup> et 6 <sup>e</sup> mois.	

<b>Action 2 : structurer la cellule formation de la direction des soins (2).</b>		
<b>Personnes concernées</b>	le directeur des ressources humaines, le directeur des soins, l'AAH de la DRH, le cadre chargé de la formation pour la direction des soins, la gestionnaire DRH.	<b>Délais</b>
<b>Objectifs</b>	définir le périmètre des responsabilités de chaque direction et ses attributions.	1 mois
	attribuer un local commun spécifiquement dédié à la formation permanente.	Immédiat
	organiser une permanence .	Immédiat
<b>Evaluation</b>	existence d'un document formalisant le périmètre des responsabilités de chaque direction. mise à disposition d'un lieu spécifique dédié. document retraçant la planification des jours de permanence.	

<b>Action 3 : formaliser les axes de formation pluriannuels de la direction des soins.</b>		
<b>Personnes concernées</b>	le directeur des soins, le cadre chargé de la formation pour la direction des soins, les cadres de la direction des soins et les cadres de pôles.	<b>Délais</b>
<b>Objectifs</b>	définir les objectifs en référence au bilan des actions déjà entreprises, au projet de soins et aux projets de pôles.	<b>2 mois</b>
	communiquer les résultats à l'encadrement, à la commission de formation et la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique.	<b>3 mois</b>
<b>Evaluation</b>	existence d'un document de présentation des objectifs. compte-rendu de la réunion d'information à l'intention des cadres compte-rendu de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique.	

<b>Action 4 : formaliser des critères permettant de définir les priorités de formation individuelles.</b>		
<b>Personnes concernées</b>	le directeur des soins, le cadre chargé de la formation pour la direction des soins, les cadres de la direction des soins, les cadres de pôles et les cadres de proximité.	<b>Délais</b>
<b>Objectifs</b>	définir les critères en s'appuyant sur la démarche d'évaluation des personnels, la formation des cadres de proximité, et la mise en place de la GPEC par la DRH. faire participer la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique. communiquer la grille de critères à la DRH pour validation finale*.	<b>4 mois à 1 an</b>
<b>Evaluation</b>	existence d'une grille de critères validée. comptes-rendus de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique.	

\*cette validation aura sans doute comme préalable une concertation avec la commission de formation et les partenaires sociaux.

<b>Action 5 : formaliser un cahier des charges type d'achat de formation.</b>		
<b>Personnes concernées</b>	le directeur des ressources humaines, le directeur des soins, l'AAH de la DRH, le cadre chargé de la formation pour la direction des soins, la gestionnaire DRH, la direction des achats.	<b>Délais</b>
<b>Objectifs</b>	Adapter les outils existants en s'appuyant sur les procédures d'achat internes, la formation suivie et sur les propositions de cahier des charges de l'ANFH. Tester le nouveau support et en évaluer la qualité	<b>6 mois à 1 an</b>
<b>Evaluation</b>	existence d'un cahier des charge type existence d'une grille d'évaluation du cahier des charges	

<b>Action 6 : formaliser une procédure d'évaluation de la qualité des formations réalisées en interne.</b>		
<b>Personnes concernées</b>	le directeur des ressources humaines, le directeur des soins, l'AAH de la DRH, le cadre chargé de la formation pour la direction des soins, la gestionnaire DRH, la direction de la qualité.	<b>Délais</b>
<b>Objectifs</b>	définir une méthode et des indicateurs en s'appuyant sur les compétences de la direction de la qualité, de l'AAH de la DRH, et sur les documents de l'ANFH.	<b>1 an</b>
	faire participer la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique.	<b>1 an</b>
<b>Evaluation</b>	existence d'une procédure qualité comptes-rendus de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique.	

<b>Action 7 : engager une réflexion sur les effets de la formation.*</b>		
<b>Personnes concernées</b>	le directeur des ressources humaines, le directeur des soins, l'AAH de la DRH, le cadre chargé de la formation pour la direction des soins, les cadres de la direction des soins, les cadres de pôles et les cadres de proximité.	<b>Délais</b>
<b>Objectifs</b>	organiser des réunions avec les cadres en s'appuyant sur la démarche d'évaluation des personnels et sur une action de formation complémentaire en lien avec la mise en place de la GPEC.	<b>1 an et plus</b>
	faire participer la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique.	<b>1 an et plus</b>
<b>Evaluation</b>	document retraçant la planification des réunion. comptes-rendus de réunion. cahier des charges de l'action de formation. contrôle qualité d'un échantillon de grilles d'évaluation des personnels.	

\* cette action aura sans doute comme préalable une concertation avec la commission de formation et les partenaires sociaux après accord du directeur d'établissement.

## Conclusion

Depuis un vingtaine d'années de nombreuses dispositions la plupart du temps législatives et réglementaires ont tenté de faciliter la résolution des problèmes structurels et la complexité des organisations des établissements hospitaliers publics.

Les mesures du plan « hôpital 2007 » et bientôt 2012, s'inscrivent dans la continuité des réformes antérieures et tentent de promouvoir une dynamique nouvelle. Cette volonté politique s'appuie sur une « simplification administrative » en matière de planification et d'investissement, et sur le principe de subsidiarité en matière de gouvernance. Par ailleurs, il s'agit d'assurer des prestations efficaces au profit des usagers en impulsant une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles et une réforme de la tarification.

Cependant, le contexte actuel semble source de difficultés. Les manques de financement s'expriment en déficit dans les comptes de l'hôpital, au risque d'affaiblir sa capacité d'investissement et sa dynamique de gestion et de développement des compétences.

Les projections démographiques des départs en retraite des professionnels actuellement en activité à l'hôpital public sont présentées comme alarmantes, alors que les métiers d'aide à autrui sont passés de mode et que les besoins de santé de la population vont s'accroître du fait de son vieillissement.

La « nouvelle gouvernance » introduit de fait des modifications dans l'organisation hospitalière. La contractualisation et la délégation de gestion au niveau des pôles ont des conséquences sur le positionnement des directions fonctionnelles dont la direction des soins. C'est une opportunité pour préciser les contours du périmètre d'intervention du directeur des soins et pour développer des activités d'expertise et de conseil notamment en matière de développement des compétences et de formation continue.

Cette étude nous a permis de mieux appréhender la fonction de directeur des soins. Cette réflexion prépare notre prise de fonction et clarifie le sens que nous souhaitons donner aux actions que nous mettrons en place. Nous sommes convaincus que l'organisation structurée de la gestion des compétences et de leur développement est une contribution essentielle au développement des pratiques professionnelles et de la qualité des soins.



---

# Bibliographie

---

## **Textes législatifs et réglementaires**

- Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.
- Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
- Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.
- Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, Rapport au Président de la République.
- Ordonnance n°2003-580 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé.
- Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.
- Décret n° 97-374 du 18 avril 1997 relatif à la délégation de signature des directeurs d'établissements publics de santé.
- Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.
- Décret n°2005-1656 relatif aux conseils de pôles d'activité et la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique des établissements publics de santé.
- Décret n° 90-319 du 5 avril 1990 relatif à la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière modifié par le décret n° 2001-164 du 20 février 2001, et le décret n°2003-759 du 1er août 2003.
- Circulaire DH/AF/AF3 n°97-304 du 21 avril 1997 relative à la contractualisation interne dans les établissements de santé (texte non paru au JO), BO du Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration.
- Circulaire DHOS/E1 n°61 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la nouvelle gouvernance hospitalière.

## **Rapports et études Publiques**

- Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital, commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, 19 mars 2003.
- Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2005, annexe 1 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, Direction de la

recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère de la santé et des solidarités.

- Le rapport annuel de l'ONDPS 2004, Observatoire national de la démographie des professions de santé.
- Projet hôpital 2007, mission sur « la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale », 3 avril 2003.
- Rapport de la mission « démographie des professions de santé » novembre 2002.
- Rapport de la mission « coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » octobre 2003.
- Assemblée Nationale, Rapport de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi de modernisation sociale, janvier 2002.
- Assemblée Nationale, Rapport de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social, décembre 2003.

### **Ouvrages de référence**

- Direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques, Manuel d'accréditation des établissements de santé, deuxième procédure d'accréditation, septembre 2004.
- MEIGNANT A., « Manager la formation », Editions LIAISONS, 1997.
- DERENNE O., LUCAS A., « Le développement des ressources humaines », Editions ENSP, octobre 2005.
- LE BOTERF G., « De la compétence : essai sur un attracteur étrange », Editions Organisation, 1994.
- ZARIFIAN P., « Objectif compétence », Editions LIAISONS, 2001.
- Direction des hôpitaux, « Guide de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences », Ministère de la santé, mai 1997.
- DUBAR C., « La formation professionnelle continue », Repères, La Découverte, 1996.
- « La formation », chapitre 7, in Gestion des ressources humaines, 1997.

### **Articles de revues spécialisées**

- LANDRIEU P., « Hôpitaux : pas de réforme budgétaire sans nouvelle gouvernance ». LE MONDE – Quotidien – 24 février 2004.
- HUBERT J., DUBOIS R., « Culture de gestion plus que de redressement budgétaire », Gestions hospitalières, novembre 2000.
- GOTTSMANN J., « Pratique de la contractualisation interne : état des lieux ». Gestions hospitalières, mai 2002.

- VILLENEUVE P., « Nouveau régime juridique des établissements de santé, à la recherche d'un équilibre des pouvoirs ». JCP/La semaine juridique – Edition générale n°21 – 25 mai 2005.
- HARDY J., « Contractualisation interne et délégation de signature » Revue Hospitalière de France, novembre – décembre 1997.
- Dossier VAE, Acteurs en lignes, mars 2006.
- GILLET P., « Pour une écologie du concept compétence » Education permanente n°135, février 1998.
- WITTORSKI R., « le développement des compétences individuelles, partagées et collectives », SOINS CADRES n°41, février 2002.
- DUVIVIER M., « Le droit individuel à la formation », CFDT Magazine, n°310, février 2005.

### **Mémoires**

- VINCENT-GUILLIER N. « La gestion des compétences des cadres de santé : une politique à renforcer par le directeur des soins au sein de la GRH » Mémoire ENSP, 2004.
- DESPLAT CASTANIE F. « Quelles stratégies managériales pour le directeur des soins dans une organisation en pôles d'activité ? » Mémoire ENSP, 2004.
- LARIVEN S. « Faisabilité et limites d'une déconcentration de la gestion des ressources humaines par pôles d'activité à l'hôpital » Mémoire ENSP, 2002.

### **Sites Internet**

- Ministère de la santé et des solidarités  
[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)
- Haute Autorité en Santé (HAS)  
[www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)
- Assemblée nationale  
[www.assemblee-nationale.fr](http://www.assemblee-nationale.fr)
- Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé  
[www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)
- Legifrance  
[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)
- Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier  
[www.anfh.asso.fr](http://www.anfh.asso.fr)

---

## Liste des annexes

---

page I)            Annexe 1 :    Guide d'entretien

### **Synthèses des entretiens :**

Page II)           Annexe 2 :    Madame F., DS du CHU 2, 26 mai 2006

page V)            Annexe 3 :    Madame V., CGS du CH 2, 26 mai 2006

page VII)          Annexe 4 :    Madame Q., DH du CH 3, 30 mai 2006

page IX)           Annexe 5 :    Monsieur L., DRH du CH 3, 30 mai 2006

page XI)           Annexe 6 :    Monsieur B., Médecin chef de pôle, Président de CME du CH 3, 1<sup>er</sup> juin 2006

page XIII)        Annexe 7 :    Madame M., CGS du CHU 1, 2 juin 2006

page XV)           Annexe 8 :    Madame S., CGS du CH 1, 8 juin 2006

page XVII)        Annexe 9 :    Madame B., CGS du CH 3, 15 juin 2006

page XIX)         Annexe 10 :   Madame R., AAH du CH 3, 16 juin 2006

page XX)          Annexe 11 :   Madame C., CS expert du CH 3, 16 juin 2006

### **Textes réglementaires :**

page XXI)         Annexe 12 :   Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 (extraits)

page XXIII)       Annexe 13 :   Décret n°90-319 du 5 avril 1990 modifié

page XXVIII)     Annexe 14 :   Circulaire n°233/DHOS/P2/2006 du 29 mai 2006 relative aux orientations et axes de formation prioritaires, à caractère pluriannuel (extraits)

## Annexe 1 : Guide d'entretien

### Thème du mémoire :

La stratégie de la direction des soins en matière de formation continue.

Public concerné : Directeurs des soins, Directeurs des ressources humaines, Médecins chefs de pôle, +/- *représentants du personnel*.

*La « nouvelle gouvernance » a sans doute pour conséquence une modification de l'organisation au sein de l'établissements. On parle de contractualisation et de délégation de gestion du directeur d'établissement au chef de pôle dans certains domaines dont la gestion des ressources humaines.*

- Comment ça fonctionne chez vous ? Qui prend les décisions ?
- Quels sont les impacts sur les organisations et la gestion des compétences?
- Où se situe l'action de la direction des soins ? Qu'en attendez-vous ?
- Quels sont les impacts sur les orientations de formations, le plan de formation ?
- Et l'accès des personnels à la formation et à la promotion ?
- Et la délégation de gestion en ce qui concerne la formation, qu'est-ce que vous en pensez ?
- Maintenant, est-ce que vous pouvez me parler de l'articulation des différents projets (pôle, soins, social, formation) et de la place des projets de formation communs ?
- Avec cette réforme, quelles sont vos difficultés en ce qui concerne la gestion des compétences ?
- Et les cadres, comment voyez-vous leur action ?

## **Annexe 2 : Entretien avec Madame F. DS, responsabilité formation, CHU 2**

26 mai 2006

Ce directeur des soins est membre d'une équipe de 3 DS dont le CGS. Elle a la responsabilité transversale de la formation (formation continue, instituts de formation, liens avec l'université), gestion des compétences, projet social (co-pilotage avec DRH), et dossier patient informatisé). Un autre DS est responsable de l'EPP et de la gestion des emplois.

- Le CHU a 4 ans de recul par rapport à la mise en place des pôles. Il n'y a pas encore de processus de contractualisation au niveau des pôles.
- Il existe des zones de déconcentration de gestion des RH (service de suppléance géré par le cadre de pôle, autorisations de déplacement et d'absence) avec des enveloppes attribuées.
- En ce qui concerne la formation, la déconcentration existe depuis 3 ans. Il y a un référent formation et un recueil des besoins dans chaque pôle. Le référent peut être un cadre parfois un médecin (anesthésie réa urgences).
- Tout n'est pas déconcentré. Il y a un projet de formation commun, et les projets de pôles doivent être en cohérence avec les axes institutionnels.
- Les formations transversales (EPP, fonction d'encadrement...) sont gérés par la direction des soins.
- Le recueil des besoins se fait au niveau de chaque service. Ensuite, il y a une rencontre entre le responsable formation et le référent du pôle. Le budget est une répartition de la masse salariale du pôle. En général, ça fonctionne bien, il y a un arbitrage interpôles, une négociation entre pôles et une bascule de moyens entre eux. Par exemple, le pôle biologie n'utilise pas tous ses crédits, ce qui reste part dans le pot commun.
- En général la relation DS/DRH n'est pas toujours claire car il y a beaucoup de responsabilités communes. Au CHU, il n'y a pas de problème, une reconnaissance de l'expertise de la direction des soins. Il faut dire qu'il y a 2 DRH dont un sur le champ des compétences. Il y a un projet sur la modernisation de l'évaluation et de la notation. Il y a une réunion hebdomadaire de ce qu'on appelle la cellule permanente de gestion. Elle est constituée des 2 DRH, des 3 DS, d'un AAH, et d'un cadre supérieur chargé de gestion.
- En plus, il y a un directeur de la formation et des écoles. La tension se situe plutôt là. Par exemple, pour les études promotionnelles qui est de la compétence de la DRH car il s'agit de GPEC.
- Il y a une commission de formation (partenaires sociaux, référents formation des pôles, DS, médecin FMC) qui se réunit trop souvent à mon goût.

- On a un plan triennal, et un volet annuel. Le recueil des besoins est lancé, les résultats doivent arriver en juillet à la formation continue. La commission se réunit en automne pour faire des choix. Il y a une priorisation en particulier pour les formations personnelles qui n'entrent pas dans les projets. Par exemple une infirmière qui voudrait suivre un DU de soins palliatifs alors que ce n'est pas le projet du pôle. Cela peut être intéressant pour le CHU à plus long terme.
- Les priorités de formations sont définies en fonction de la circulaire ministérielle, des projets institutionnels en référence au projet d'établissement (accompagnement au changement dans le cadre de la construction d'un nouveau bâtiment de court séjour, dossier patient informatisé...) et aux recueils de besoins.
- Il y a un bon accès des agents à la formation, même si certains disent ne pas être satisfaits car il y a des formations obligatoires (incendie, sécurité transfusionnelle, infections nosocomiales, urgences vitales), y compris pour les cadres (entretien d'évaluation, dématérialisation des achats).
- La gestion autonome des responsables du pôle implique un cadrage et des axes institutionnels. Il y a un risque d'aller vers l'indépendance et des plans de formation incohérents, d'aller vers une balkanisation.
- Quand il n'y a pas de référence institutionnelle et une autonomie organisée par un cadre précis, il y a trop de flou. Certains responsables de pôles veulent faire tout de A à Z et prendre leur liberté. Hors en règle de GRH il y a des règles publiques à respecter.
- Actuellement au niveau des pôles il y a un directeur administratif délégué. Ils se sont proclamés directeurs de pôle et ont fait leur place en face des médecins responsables de pôle. Il va y avoir des assistants de gestion avec eux. C'est un fonctionnement coûteux.
- Il existe des formations communes interpôles. Le DS coordonne le recueil des besoins et les formations transversales en lien avec le projet de soins (réflexion éthique /tous les âges de la vie, agressivité et violence...).Le DS intervient également en lien avec les cadres supérieurs de pôles, pour des formations qui concernent 2 ou 3 pôles, par exemple la formation éducation des patients.
- Les cadres de proximité font le recueil de besoin au niveau de chaque service en lien avec l'évaluation. Mais ça dépend du cadre supérieur et de son implication dans la formation. Ce n'est pas la priorité pour certains. Il y a une première priorisation au niveau du service puis au niveau du pôle, sinon tout se fait au niveau du pôle.
- Pour permettre aux agents de partir en formation, il y a le service de suppléance géré par le pôle. Il y a peu d'absentéisme pour formation 7%.

- Une organisation idéale ? Je ne sais pas quoi répondre. L'organisation actuelle est lourde et complexe mais je ne sais pas comment fonctionner. Il faudrait une déconcentration mais pas complète pour garder de la transversalité, et travailler au niveau central pour conserver le budget nécessaire aux projets institutionnels et transversaux, puis donner les enveloppes au niveau de chaque pôle sans y revenir. Il faudrait faire une évaluation de la façon dont les crédits de formation sont dépensés au niveau des pôles. C'est à partir de cette évaluation qu'on pourrait répartir les crédits plutôt qu'en fonction de la masse salariale. Ce n'est pas parce que l'on a 250 agents que l'on utilise les crédits de formation correspondants.
- Il y a très peu de connexion avec la FMC, il faudrait développer des projets communs. Il y en a sur la prise en charge de l'agressivité et de la violence. Cela aurait un intérêt concernant les projets de formation au sein des pôles.



### **Annexe 3 : Entretien avec Madame V. Coordonnateur général des soins, CH 2**

26 mai 2006

Ce directeur des soins est coordonnateur général de soins. Elle anime une direction des soins constituée de 3 DS. En plus de la coordination des soins, elle a la responsabilité transversale de thématiques (hygiène, qualité des soins, hémovigilance, douleur...). Les DS ont une responsabilité plus opérationnelle sur les deux principaux hôpitaux.

- La mise en place de la nouvelle gouvernance n'est pas avancée, et il y a des difficultés de mise en place. Quand je suis arrivée, il y avait 2 directions différentes : la DRH et la direction des affaires médicales, de la communication et de la formation et écoles, ce qui était source de difficultés. Le directeur général a choisi de confier la formation et les écoles à la DRH. C'est un peu plus simple car il n'y a plus qu'un seul interlocuteur. En plus la responsable de formation qui était cadre supérieure est partie. Le DRH a confié la formation et la gestion des concours à une AAH. Finalement c'est pas si mal, car au fond cette personne peut avoir un regard différent, distancié par rapport à celui d'un soignant qui peut être une valeur ajoutée.
- En parallèle le CGS a été missionné sur le projet social avec un axe formation continue.
- Il existe une commission de formation qui se réunit 4 fois par an. Elle est représentative de l'ensemble des personnels, tous les métiers sont représentés. Elle est chargée d'étudier le recensement des besoins et de participer au bilan budgétaire. Le plan de formation est pluriannuel, réévalué et ajusté en octobre en fonction du recensement. Le CGS laisse les DS travailler sur ce thème pour chaque hôpital. En plus il y a un comité emploi formation spécifique aux actions promotionnelles qui se réunit 2 fois par an. Il n'est pas composé des mêmes personnes que la commission de formation.
- Les priorités de formation de la direction des soins s'appuient sur le projet de soins. Les grands axes sont classiques et en lien avec l'obligation de gestion des risques et de sécurité, et aussi avec la responsabilité juridique. Les axes pluriannuels ont pour cible prioritaire la prise en charge des personnes âgées, les cadres, les cadres supérieurs qui ont bénéficié d'une formation sur la cohésion des cadres supérieurs (22 personnes (dont 4 médico-techniques et 1 sage femme)).
- Le CGS a pour stratégie de s'appuyer sur les DS, mais la condition est de travailler dans la confiance et pour cela ils doivent lui rendre des comptes. Mais le CGS impulse les orientations de formation sur les thématiques dont elle a la charge et sur les axes transversaux.

- Il voit la contractualisation et la délégation de gestion d'un «mauvais œil ». Le risque est que les DS ne travaillent plus qu'avec la direction et au conseil exécutif. En plus, il y aura moins de DS. Le DS devient un expert et un conseil, les cadres supérieurs sont en positionnement opérationnel sur les pôles. Il y a aussi un risque de balkanisation, le montage de murs entre les pôles.
- Actuellement, il y a une mutualisation des moyens et de l'entraide dans le fonctionnement. Par exemple, il ne faudrait pas éclater le service de suppléance.
- Le CGS devra demander au conseil exécutif d'avoir un regard de superviseur afin d'avoir accès aux plans de formation des pôles afin de donner un avis et d'orienter les décisions. « Pour éviter la balkanisation le DS doit être un superviseur ».
- Aujourd'hui, il n'y a pas d'intervention des médecins dans les choix de formation, mais quelques actions communes sont mises en place en management par exemple. Mais c'est à l'initiative du directeur.
- Il y a systématiquement un DS qui assiste au bilan des actions de formation. L'objectif est d'entendre des choses et voir qui est formé et la dynamique possible de mise en œuvre. C'est révélateur par exemple pour la formation hémovigilance, les IDE ont fait remonter leurs difficultés et cela a permis au DS de mettre en place des actions complémentaires. En plus les groupes qualité permettent de valoriser la performance des personnels. Finalement ils ont une reconnaissance, une satisfaction. Les DS doivent s'en saisir pour valoriser les actions entreprises.
- L'évaluation n'est pas encore dans une dynamique institutionnelle et est décalée du recensement des besoins. C'est un objectif à venir.
- Une bonne organisation de la formation, c'est s'appuyer sur ce qui existe qui n'est pas si mal. C'est-à-dire des commissions représentatives des personnels, une commission différente chargée de la promotion, et travailler main dans la main avec la DRH (DRH et responsable de formation).

#### **Annexe 4 : Entretien avec Madame Q.** DH, chef d'établissement, CH 3

30 mai 2006

Ce directeur d'établissement anime une équipe de direction d'une dizaine de personnes dont la directrice des soins.

- Un budget important est consacré à la formation continue. C'est largement dû aux études promotionnelles.
- Le plan de formation est relativement cadré mais il y a des soucis quant au suivi financier.
- Il y a une commission de formation. Elle a connaissance de l'enveloppe, et ses membres prennent des décisions assez transparentes, mais parfois excessives. Les critères de choix sont classiques comme l'intérêt de la formation par rapport aux objectifs des services ou des pôles, ou les départs en formation l'année précédente.
- Il y a peut être trop peu d'exceptions car certains secteurs devraient être renforcés. Une formation tous les deux ans c'est pas assez, et puis il y a une rigidité des représentants du personnel.
- Le directeur ne siège pas à la commission, c'est le DRH. Il a la responsabilité de la formation, il est l'expert. Le DS donne son avis par rapport à l'intérêt des demandes. Le DRH signe, mais le DS donne un avis qui est suivi. La décision est conjointe.
- Le plan de formation est encore un catalogue, il faudrait faire des projets au niveau des services ou des pôles. L'établissement est en retard. Tous les services n'ont pas de projet de formation, c'est très dépendant du cadre.
- Il y a un lien entre évaluation du personnel et formation, mais cela ne suffit pas compte-tenu du projet de pôle ou de service. Il faudrait définir des objectifs individualisés. Aujourd'hui, l'évaluation sert à la marge, quand on identifie ponctuellement une lacune. Il y a peu de choses construites sauf en cardiologie ou en endoscopie dans le cadre des projets de restructuration. Il n'y a pas de censure du cadre en ce qui concerne les demandes personnelles..
- Les pôles sont en place. Mais il y en a trop pour la taille de l'établissement. Il n'y a pas de délégation de gestion de RH. Il serait possible de décider de déléguer des mensualités de remplacement, des crédits de formation. Mais les pôles sont trop petits, il y a un problème de masse critique.
- De toute façon, je ne délèguerai pas tous les crédits de formation. Il faudra conserver une réserve pour les projets transversaux inter pôles. Cependant cela remettra en cause le fonctionnement aussi bien pour la commission de formation que pour la DRH ou la direction des soins.

- Cela pose également la question de la délégation de compétence à la chefferie de pôle. Son rôle est à tester, car il y a un risque en fonction des modalités de travail avec le chef de pôle. La direction, DRH, DS sont là pour contrôler, évaluer et donner de l'impulsion aux projets. Il y aura une liberté de décision du pôle dans un cadre bien défini. Au fond, c'est plus efficace que ce soit eux qui fassent car ils sont au plus près des réalités.
- C'est en travaillant dans cet esprit que l'on peut éviter la balkanisation. Jusqu'à présent on a des résultats positifs avec la délégation de gestion par rapport aux services économiques. Un dialogue s'est instauré entre pôles et services économiques. Mais la cellule des marchés est toujours responsable de la décision et a en plus un rôle de conseil. Le résultat actuel est que les pôles épargnent ces crédits délégués.
- La formation doit accompagner les projets les plus importants de l'établissement, permettre la reconnaissance individuelle du mérite à travers la promotion. Pour moi, le premier critère est financier et ensuite organisationnel. Je m'appuie sur la DS pour les choix et l'organisation.

## Annexe 5 : Entretien avec Monsieur L. DRH, CH 3

30 mai 2006

Ce DRH a intégré l'établissement il y a 6 mois environ. Il a une expérience de DRH et de directeur de site.

- Je suis sur la même longueur d'onde que le DS. Pour moi la gestion des compétences se fait à deux niveaux, l'adaptation à l'emploi et la promotion professionnelle pour un changement de métier dans une même filière professionnelle.
- Actuellement, la promotion est un ascenseur social déconnectée de toute vision institutionnelle. Par exemple on a 7 IDE en promotion alors qu'il n'y a pas de réel besoin en matière de recrutement. Le problème est qu'il n'y a pas de cohérence antérieure ni d'anticipation. Il s'agissait de répondre à une demande sociale, une pression sociale.
- En ce qui concerne l'adaptation à l'emploi, c'est pareil. Il n'y a pas une réelle vision prospective mais le plan est plutôt un catalogue.
- Il faudrait partir de projets professionnels ou des obligations réglementaires. L'objectif est de s'appuyer sur l'entretien d'évaluation afin de mieux cibler le plan de formation.
- On essaie de resserrer. La DS donne un avis sur la compétence requise. La DRH a le levier financier. La DG donne les orientations de projet, le DS la compétence, le DRH le financier, le social par rapport aux besoins de l'établissement.
- Il faut afficher des règles. Par exemple comment devenir cadre au CH? Des promesses sont faites, mais sur quelles bases? Par exemple on a un faisant fonction de cadre qui se présente pour la 5<sup>ème</sup> fois au concours. Ça bloque les gens qu'il y a derrière. Il faudrait être plus clair.
- Une commission de formation existe. Elle trie la compilation exhaustive de l'ensemble des demandes de formation. Les cadres pourraient faire un filtrage préalable en s'appuyant sur l'évaluation. Cela permettrait de s'inscrire dans un projet d'agent, ou un projet de service ou de pôle, dans une démarche de projet collectif ou individuel.
- Le cadre doit s'appuyer sur le projet de service ou de pôle, et sur les priorités inscrites dans le projet de soins par le DS.
- Actuellement, il n'y a pas de délégation de GRH. Mais je ne suis pas contre. Cela aura pour conséquence de nouvelles responsabilités pour les chefferies de pôle. On risque de perdre de la cohérence institutionnelle. Mais pourquoi pas des budgets de pôle notamment pour la formation mais en fonction des projets de pôle. Il faudra garder un budget central pour les projets transversaux.

- Il y a un risque de perte de responsabilité pour le DRH et pour le DS. On risque de créer des « mini PME ».
- Il faudra définir des clés de répartition, le nombre de pôles, l'effectif, l'activité, le budget, la masse salariale ? Peut-être la masse salariale ou l'effectif.
- Actuellement il n'y a pas de lien avec la FMC. La commission FMC est une chambre d'enregistrement. Il faudrait une demande de prise en charge en amont, connaître les formations suivies par les PH même si elles ne sont pas prises en charge par l'établissement, organiser un plan de formation médicale.
- Une organisation idéale serait peut-être un pôle compétence formation, avec un axe annuel et un axe pluriannuel sur 4 à 5 ans, avec des projets institutionnels et des projets personnels en lien avec la restructuration de l'établissement. Pour cela, il faut au préalable une bonne connaissance des effectifs et faire un lien entre grade et métier. Il faut établir une cartographie des emplois, faire des projections quantitatives et qualitatives en s'appuyant sur le répertoire des métiers.
- La DS doit être dans une logique en lien avec le besoin de former ou non, la DRH dans une logique administrative. La DS me donne une vision en terme de compétence qui me permet de prendre une décision comme pour le recrutement.

## **Annexe 6 : Entretien avec Monsieur B.** chef de pôle et Président de CME, CH 3

1<sup>er</sup> juin 2006

- Quand j'ai commencé la chirurgie, j'étais commandé par des mandarins. Ça marchait bien parce qu'il y avait un chef, avec pour inconvénient que c'était dépendant d'une personne. Le chef avait la responsabilité médicale des soins et des personnels. Il choisissait la surveillante, les personnels, le matériel. J'ai connu ça pendant 10 ans.
- A partir des années 80, on est parti dans un autre schéma avec des chefs de service renouvelables tous les 5 ans, pourquoi pas ! Mais la gestion a échappé aux chefs de service. Il y a eu une DS, et tout ce qui est personnel soignant ne dépend plus du chef de service. C'est pareil pour le secrétariat qui dépend de la DRH. On est resté responsable des soins médicaux. Mais on a de plus en plus de mal à recruter des médecins et à avoir des collaborateurs, et pas de pouvoir hiérarchique sur les collègues. On est devenu des chefs de service d'une coquille vide.
- Avec la mise en place de la nouvelle gouvernance, on va responsabiliser, mais c'est à double tranchant. C'est une gestion pour mutualiser et regrouper des services, avec une délégation de gestion et un contrat d'objectifs avec la direction et d'autres pôles. C'est plutôt intéressant, mais on est responsable sur le plan technique pas par rapport au personnel. On est assisté d'un cadre soignant chargé de régler les problèmes de personnel, et d'un cadre de direction chargé du suivi de l'activité. En fait, ça repose sur un trio, le responsable de pôle et 2 cadres.
- Je suis assez septique. C'est mieux que pas de responsabilité du tout. J'aurais préféré garder le chef de service, un peu comme un chef d'entreprise, à condition de définir des objectifs et de décider avec qui je veux travailler sur la base d'un contrat. Finalement on est maître de rien. Il aurait fallu évoluer vers un trio chef de service, surveillante, secrétaire. Mais peut-être que le pôle va redonner une responsabilité de gestion.
- Chez nous, l'établissement s'est porté volontaire de l'expérimentation. Le découpage n'est pas toujours très logique. On a tenu compte des inimitiés des uns et des autres. Le pôle de gériatrie s'est imposé de lui-même, d'ailleurs il existait avant. Les pôles de médecine et chirurgie n'ont pas été possibles du fait des difficultés à gérer les spécialités des uns et des autres.
- Aucun des chirurgiens ne voulait être chef de pôle. On a commencé les signatures de contrat avec une partie générale et des particularités en fonction des pôles. Des objectifs ont été définis, quantitatifs (activité, DMS...) et qualitatifs (satisfaction des patients, nombre de reprises chirurgicales, formations suivies, mortalité...).

- En même temps, il a fallu changer les mentalités avec la T2A. On a une délégation de gestion pour l'hôtellerie. Il y a un petit intéressement et pas de pénalité pour les pôles déficitaires du fait de la nature de leur activité. Si on est bénéficiaire, une partie va dans un pot commun le reste au pôle.
- Je souhaiterais un mode d'organisation propre à chaque pôle pour avoir du personnel lorsque l'on en a besoin comme en hiver par exemple en pédiatrie. C'est plus facile d'organiser à l'intérieur d'un pôle qu'au niveau central. Mais il n'y a pas de délégation de gestion RH.
- La formation, c'est bien, mais il faut qu'elle soit organisée en intra hospitalier. Il faudrait une formation pour les chefs de pôle, on ne sait pas gérer le personnel.
- La direction des soins est le pilier nécessaire dans le pôle. Il faut bien s'entendre et trouver le juste équilibre entre activité et présence des personnels.
- En ce qui concerne la formation médicale continue, on est très mal. On a un budget, mais je ne sais pas comment il est géré. Le budget ne suffit pas et il y a un manque de clarté.
- On a pas de regard sur la formation des personnels. Le chef de pôle devrait en avoir un et monter des actions en fonction des objectifs du pôle.
- La direction des soins...je voudrais que ça évolue à l'intérieur des pôles, plus de décentralisation.
- Le nouveau dossier de soins est une usine à gaz. Il ne permet pas une vision synthétique comme autrefois la feuille de température.



**Annexe 7 : Entretien avec Madame M. Coordonnateur général des soins, CHU 1**

2 juin 2006

Ce directeur des soins est coordonnateur général de soins. Elle anime une direction des soins constituée de 3 DS.

- On est en train de mettre la délégation de gestion en place. Pour la formation il restera des axes institutionnels, réglementaires ou des axes en lien avec des projets que l'on veut développer. Le reste est réparti sur les 12 pôles médicaux et les 5 pôles administratifs en fonction du nombre d'agents, de la masse salariale.
- Un CSS est positionné en transversal. Il y a des projets de pôle qui sont formalisés comme le projet de vie en gériatrie ou en pédiatrie. Ces projets peuvent être annuels ou pluriannuels. Ils seront gérés directement par les chefferies de pôle. Il y a aussi des formations individuelles techniques et plus personnelles. Elles seront aussi du ressort des chefferies de pôle. Ils devront définir leurs critères et présenter leurs choix à la commission de formation.
- Il reste les formations promotionnelles et les préparations aux concours. Ces axes sont de la responsabilité de la DS ou de la DRH. Il existe déjà une démarche de sélection validée.
- Les pôles ne me font pas peur. D'un côté il y a la centralisation qui n'est pas une bonne solution, de l'autre il y a un risque de balkanisation, il faut chercher un juste équilibre. Il y a une répartition des rôles entre médecins et CSS. C'est au CSS de prendre sa place. Les pôles ont une enveloppe qu'ils gèrent en toute autonomie. A eux de définir leurs critères de priorité et d'argumenter leurs choix.
- Ils ont déjà leur effectif budgété, ils choisissent leur personnel en fonction d'une présélection préalable de l'établissement. Pour les cadres, c'est pareil. La gestion est centralisée avec une bourse à l'emploi mais il y a une négociation avec le médecin chef de pôle et le CSS.
- Il n'y a pas de tension, mais de la négociation en lien avec notre capacité de conviction. C'est vraiment de la stratégie pour que chacun soit gagnant. Il n'y a pas de séduction mais la recherche de solutions en professionnel.
- Jusqu'à présent il y avait un appel à candidature pour les promotions, puis un entretien individuel qui s'appuyait sur une évaluation des compétences et une grille avec des critères d'équité et d'ancienneté. Il y a le dossier et des questions complémentaires (ancienneté, mobilité, formations antérieures, promotions antérieures...). La sélection est alors argumentée. Pour les cadres, un parcours est mis en place (tutorat, préparation au concours). Il existe une liste d'attente pour les FF cadres.
- Il faut être clair dans ses choix, dans la décision qu'elle soit positive ou négative.

- Au CHU, il y a un pôle soins et formation et un pôle RH. La DS a l'expertise sur la sélection et la compétence, la DRH a celle de la gestion de la carrière. La décision est conjointe même si le DRH signe et a la responsabilité.
- Par rapport au budget donné au pôle, le nombre d'agents permet qu'il n'ait pas déséquilibre au sein du pôle. Il peut y en avoir entre services. Mais si déséquilibre il y a c'est leur affaire, pas celle de la DS.
- Il n'y a pas de problème de gestion des compétences car c'est de la responsabilité des CSS à travers l'évaluation. La DS est là plus en terme d'audit, de conseil. La DS ne peut pas tout contrôler, c'est de la compétence des CSS. La DS ne fait pas les choix, elle conseille et oriente, l'objectif est de responsabiliser l'encadrement des pôles.
- La DS gère l'homogénéité et les interfaces entre les pôles. Elle coordonne entre les pôles.

## **Annexe 8 : Entretien avec Madame S.** Coordonnateur général des soins, CH 1

8 juin 2006

Ce directeur des soins est coordonnateur général de soins. Elle anime une direction des soins constituée de 2 DS.

- On a un projet d'établissement et on est dans une dynamique de développement d'activité. On a des axes de formation en articulation avec le projet social et le projet de soins.
- Pour le plan de formation, on s'appuie d'abord sur la circulaire ministérielle, sur les priorités institutionnelles de l'établissement et du ministère et une partie est réservée aux besoins de compétence des services.
- En ce qui concerne les coûts de formation, il a fallu réduire avec le plan de retour à l'équilibre. On va développer la formation en intra avec de courtes séances car on a des problèmes d'effectif. On souhaite se déplacer dans les services (douleur, hygiène, gestes d'urgence) avec des séances courtes de 2 heures.
- Avec le projet social on développe le E-learning sur les formations de nuit (sécurité incendie, hygiène, AES). La DS valide le contenu des formations.
- En ce qui concerne les pôles on a un COPIL. On va tester un pôle avec un cadre supérieur dans une filière de prise en charge autour de la chirurgie. On va contractualiser. On a déjà une expérience avec les contrats de services.
- Il n'y a pas de réflexion sur la délégation de gestion qui est indépendante du contrat. Le contrat c'est un COM mais pas une délégation de gestion.
- Ce que je pense, c'est que c'est une affaire compliquée. Il faut pas déléguer la pénurie et la stratégie ne se délègue pas. Si on délègue de la GRH, les mensualités de remplacement par exemple, c'est déjà un peu comme ça. On ne peut pas déléguer un tableau des emplois, ou alors une enveloppe avec une fongibilité des enveloppes.
- Je préfère déléguer une partie au pôle mais conserver une partie au centre, par rapport à la gestion des statuts FPH, affectations, temps partiels.
- On ne va pas pouvoir tout déléguer car il faut rester dans une dynamique et une logique d'établissement.
- Le projet de formation appartient à celui qui le porte. La gestion de la compétence est de la responsabilité du cadre. C'est lui qui connaît le mieux l'agent au quotidien.
- Il y a une présentation en réunion de cadres des orientations institutionnelles et des règles. Les objectifs de service ou individuels sont gérés par les cadres en fonction de projets et de l'évaluation. C'est le N+1 qui a l'expertise du terrain.

- On définit les critères en s'appuyant sur l'évaluation des actions réalisées l'année précédente.
- La DS garde la main sur les promo et les DU. Le projet individuel est avant tout personnel. Il y a une approche institutionnelle par rapport aux compétences attendues et une approche personnelle.
- Les critères de sélection sont un mélange entre critères institutionnels en lien avec le projet d'établissement, le projet de soins et le projet social. Je ne délègue pas mais je demande l'avis des cadres qui ont l'opinion de l'expert.
- Avec les pôles, il pourra y avoir des problèmes si la DS ne garde pas la main sur les promo. Il y aura un problème d'avenir professionnel, on aura des clones. Pour moi la formation c'est de la stratégie, et ça ne se délègue pas.
- Pour les promos on voit avec la DRH. On a défini des priorités, les cadres mais pas les IDE. La VAE pour les AS. On aide les ASH à professionnaliser leur parcours professionnel. J'aime bien ce dispositif parce qu'il permet de valoriser l'expérience acquise.
- Par contre le transfert de compétence, c'est par défaut. C'est parce qu'on manque de médecins mais pas pour valoriser une profession.
- Les DS doivent reprendre le cœur de leur métier.
- La relation DRH-DS n'est pas facile. J'ai beaucoup d'autonomie sur le choix des gens, on a un territoire partagé, il faut savoir qui fait quoi.
- Il faut être en phase et travailler ensemble.

**Annexe 9 : Entretien avec Madame B.** Coordinateur général des soins, CH 3

15 juin 2006

Ce DS a intégré l'établissement fin 2004.

- Le DRH est arrivé récemment. On est allé se former sur l'évaluation d'un cahier des charges de la formation. Ici on demande n'importe quoi, les critères sont : si on est allé en formation l'année n-1 on n'y va pas l'année n, et on accepte la moitié des demandes formulées par un agent.
- L'année dernière on n'a pas pris les critères habituels en commission de formation. On a choisi un critère se référant aux projets de service. Cela nous a permis de constater qu'ils n'existent pas.
- Aujourd'hui, il y a des projets de pôles. Il nous faut définir une philosophie en lien avec la politique d'établissement, l'identité professionnelle, et les propositions DRH/DS.
- Pour pouvoir structurer la formation continue au sein de la DS, il faut que la personne chargée de cette mission puisse mener une politique en fonction du projet de soins et des axes prioritaires de la DS. Il faut croiser tout ça avec le projet d'établissement, de pôles et la GPEC. Il faut faire une proposition de plan pluriannuel avec des indicateurs d'évaluation et de suivi.
- Pour cela, il faut monter des cahiers des charges qui permettront de définir les objectifs de formation.
- Dans l'établissement le mot critère est un gros mot, un mot mal compris. C'est pour les cadres quelque chose de compliqué et hors d'atteinte.
- Les cadres ne recensent pas les besoins de formation, ils collectent les informations et les envoient telles quelles sans définir les priorités et sans argumentation.
- A partir du moment où il y a les projets de pôles on peut impliquer le personnel d'encadrement et médical. Cela pourrait les impliquer d'avantage avec une délégation de gestion. Mais la taille de l'établissement limite la délégation. Chaque pôle devrait avoir une plus grande autonomie par rapport à leurs orientations mais en référence aux projets institutionnels.
- La difficulté de la formation, c'est la gestion des remplacements. Le service de suppléance et de compensation pourrait être consacré en partie à la formation.
- On ne parle pas assez de la compétence collective, ça reste au niveau de l'individu. Il est intéressant de mutualiser les formations qu'on a eu individuellement pour partager la compétence.
- En ce qui concerne la structuration de la cellule formation au sein de la DS, je voudrais que le cadre chargé de cette mission puisse aider les cadres à évaluer à

partir d'indicateurs le niveau d'avancement et d'intégration par les équipes. Sinon, je pense que la formation ne sert à rien, et nous donne bonne conscience.

- La formation à titre individuel a également un impact positif mais le coût est important. Il ne faut pas perdre de vue qu'on travaille avec des individus, il faut leur laisser l'espoir de pouvoir rêver un peu. On a un devoir de promouvoir et de ne pas casser l'espoir.

**Annexe 10 : Entretien avec Madame R.** Attachée d'administration hospitalière, CH 3

16 juin 2006

Cet AAH a intégré récemment la DRH de l'établissement.

- J'ai participé aux commissions de formation en 2005. Je ne sais pas si j'y reste. Dans mon périmètre de responsabilité j'ai la formation, mais j'ai été recrutée sur une fiche de poste par le DRH antérieur. Je n'ai pas encore défini ma place par rapport à la formation avec le nouveau DRH.
- On a convenu que la procédure n'est pas bonne, car elle n'est pas en lien avec la GPEC.
- J'ai suivi la formation de responsable chargée de formation à l'ANFH. J'en suis revenue avec des idées pour 2007. Dans ce cadre là, je pensais voir avec le directeur, le DRH et la DS pour définir les axes à privilégier en référence à la circulaire ministérielle et les projets de l'établissement.
- J'en ai parlé avec l'agent chargé de la gestion de la formation et le DRH. Il a souhaité reconduire le fonctionnement de l'année dernière.
- Pour l'instant c'est assez bien fait sur l'établissement, mais les services administratifs ne sont pas trop demandeurs de formation.
- On est en train de mettre en place une nouvelle démarche d'évaluation des personnels.
- Il n'y a pas de projet de formation institutionnel, il n'est pas assez ciblé par rapport au projet d'établissement et au projet de soins. Il serait intéressant de mettre en place un plan pluriannuel.
- J'attends de la DS de définir les priorités du service de soins, de même que pour les autres services.
- Les demandes ne devraient pas être nominatives. Les priorités devraient être déterminées par l'encadrement dans chaque service.
- Pour le pôle formation, l'idéal serait une organisation conjointe DRH/DS dans le même lieu.

**Annexe 11 : Entretien avec Madame C.** Cadre de santé expert, CH 3

16 juin 2006

Ce cadre de santé a intégré récemment la DS de l'établissement. Elle a une mission transversale dossier de soins et gestion du temps auprès du CGS.

- Ce que j'ai vu fonctionner jusqu'à présent ne me paraît pas terrible. J'ai l'impression que les besoins des services ne sont pas pris en compte.
- Le plan de formation semble élaboré de façon empirique. Je n'ai pas l'impression qu'on fait remonter les besoins de formation des services et des agents.
- Depuis que je suis ici, le DRH a changé. La DS est récente et il y a d'autres priorités.
- La CSS chargée de la formation pour la DS ne semble pas assumer. Cela ne semble pas être une priorité pour elle.
- Moi, je m'occupe de la formation transmissions ciblées. J'ai fait un audit du dossier de soins par rapport à son fonctionnement. Il n'y avait pas de cohérence institutionnelle. On a mis en place des groupes de travail avec des référents, dont un information/ formation sur l'intérêt des transmissions ciblées.
- La difficultés, c'est que je suis seule, les cadres ne deviennent pas référents car ils n'ont pas le temps. Il faudrait des cadres formateurs relais.



**MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ**

**Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière**

NOR : MESH0220702D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L. 6143-7 et L. 6146-9 ;

Vu la loi n° 68-690 du 31 juillet 1968 modifiée portant diverses dispositions d'ordre économique et financier, notamment son article 24 ;

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 65-773 du 9 septembre 1965 modifié relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, et notamment son article 16 *ter* ;

Vu le décret n° 97-58 du 21 janvier 1997 modifié relatif à l'application de l'article 24 de la loi n° 68-690 du 31 juillet 1968 modifiée portant diverses dispositions d'ordre économique et financier ;

Vu le décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier des cadres de santé de la fonction publique hospitalière ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière en date du 18 décembre 2001 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

**TITRE I<sup>er</sup>**

**DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

**Art. 1<sup>er</sup>.** - Il est créé un corps de directeur des soins classé en catégorie A de la fonction publique hospitalière.

Ce corps comprend deux grades : le grade de directeur des soins de 2<sup>e</sup> classe qui compte huit échelons et le grade de directeur des soins de 1<sup>re</sup> classe qui compte sept échelons et un échelon fonctionnel.

Les directeurs des soins exercent leurs fonctions dans les établissements mentionnés à l'article 2 (1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>) de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, dont l'emploi de chef d'établissement est occupé par un directeur d'hôpital ou dans le cadre d'une direction commune occupée par un directeur d'hôpital.

**Art. 2.** - Le corps de directeur des soins est constitué, selon la formation d'origine, des cadres issus :

1<sup>o</sup> De la filière infirmière, infirmiers généraux au sens de l'article L. 6146-9 du code de la santé publique ;

2<sup>o</sup> De la filière de rééducation ;

3<sup>o</sup> De la filière médico-technique.

**Art. 3.** - Les directeurs des soins peuvent être chargés :

1<sup>o</sup> De la coordination générale des activités de soins ou de la direction du service de soins infirmiers ou de la direction des activités de rééducation ou de la direction des activités médico-techniques ou de la direction des activités de rééducation et de la direction des activités médico-techniques ;

2<sup>o</sup> De la direction d'un institut de formation préparant aux professions paramédicales ou de la direction d'un institut de formation de cadres de santé ;

3<sup>o</sup> Par détachement ou mise à disposition, auprès de l'Etat ou de l'Ecole nationale de la santé publique, des fonctions de conseiller technique ou de conseiller pédagogique à l'échelon régional ou national.

Les directeurs des soins peuvent également être chargés de missions et études ou de la coordination d'études.

**Art. 4.** - Le directeur des soins, coordonnateur général des soins, est nommé par le chef d'établissement. Il exerce, sous l'autorité de ce dernier, des fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il est membre de l'équipe de direction et dispose par délégation du chef d'établissement de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé.

A ce titre :

1<sup>o</sup> Il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement ;

2<sup>o</sup> Il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité ;

3<sup>o</sup> Il participe, en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services administratifs, logistiques, socio-éducatifs et techniques, à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins ;

4<sup>o</sup> Il participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation ;

5<sup>o</sup> Il contribue à l'élaboration des programmes de formation et est responsable des étudiants lors de leurs stages au sein de

l'établissement. Le cas échéant, il est membre de droit des conseils techniques des écoles ou instituts de formation des professionnels de soins de l'établissement ;

6° Il favorise le développement de la recherche, détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins et collabore à la gestion des risques ;

7° Il remet au directeur un rapport annuel d'activité des services de soins, qui est intégré au rapport annuel d'activité de l'établissement présenté aux différentes instances.

A l'administration générale de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris, aux hospices civils de Lyon et à l'Assistance publique-hôpitaux de Marseille, le nombre des emplois de coordonnateur général des soins est fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé.

**Art. 5.** - Le directeur des soins, directeur d'institut de formation préparant aux professions paramédicales ou d'institut de formation de cadres de santé, est nommé par le chef d'établissement. Il est responsable sous l'autorité de ce dernier :

1. De la conception du projet pédagogique ;
2. De l'organisation de la formation initiale et continue dispensée dans l'institut ;
3. De l'organisation de l'enseignement théorique et pratique ;
4. De l'animation et de l'encadrement de l'équipe de formateurs ;
5. Du contrôle des études ;
6. Du fonctionnement général de l'institut ;
7. De la recherche en soins et en pédagogie conduite par l'équipe enseignante de l'institut.

Le cas échéant, il peut, en outre, être chargé de la coordination de plusieurs instituts.

Il participe aux jurys constitués en vue de l'admission dans les instituts de formation préparant aux professions paramédicales ou les instituts de formation de cadres de santé et de la délivrance des diplômes ou certificats sanctionnant la formation dispensée dans ces instituts.

Il participe à la gestion administrative et financière de l'institut et à sa gestion des ressources humaines.

**Art. 6.** - Des directeurs des soins peuvent assister ou suppléer le coordonnateur général des soins et exercer dans ce cadre les missions définies à l'article 4 du présent décret dans les domaines d'activités qui leur sont confiés, le service de soins infirmiers dans les conditions définies à l'article L. 6146-9 susvisé, les activités de rééducation, les activités médico-techniques ou, le cas échéant, l'ensemble des activités de rééducation et médico-techniques.

Un directeur des soins peut assister ou suppléer le directeur des soins, directeur d'institut de formation préparant aux professions paramédicales ou d'institut de formation de cadres de santé. Dans ce cadre, il exerce les missions définies à l'article 5 ci-dessus.

**Art. 7.** - Au niveau régional, la fonction de conseiller technique s'exerce auprès de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, en relation avec l'ensemble des professionnels des secteurs sanitaire et social, dans les domaines ci-après :

1° Dans le domaine de la santé publique, le conseiller technique participe à l'élaboration et à la mise en place de la politique régionale de santé, notamment en matière d'organisation et de sécurité sanitaire et de conduite de programmes de santé correspondants ;

2° Dans le domaine de l'animation et de l'information des professionnels de santé, il organise des groupes de travail relatifs aux activités sanitaires et notamment aux soins infirmiers et il facilite la diffusion des travaux et études relatifs aux activités sanitaires et notamment aux soins infirmiers auprès des professionnels de santé.

Au niveau national, la fonction de conseiller technique s'exerce auprès de l'administration centrale du ministre chargé de la santé dans le champ de compétence.

Les fonctions prévues au présent article ne sont accessibles qu'aux directeurs des soins de 1<sup>re</sup> classe.

**Art. 8.** - La fonction de conseiller pédagogique s'exerce, pour une ou plusieurs régions, auprès d'une direction régionale des affaires sanitaires et sociales, dans le champ de la formation initiale des professions paramédicales.

Le conseiller pédagogique intervient dans le domaine de l'organisation de la formation des professions paramédicales, en

participant à l'élaboration et à la mise en œuvre du schéma régional des formations, y compris l'agrément, la détermination des quotas et des capacités d'accueil des instituts et écoles publics et privés, et en apportant son concours aux jurys, conseils techniques, commissions spécialisées correspondants.

Il intervient également dans le domaine de l'évaluation de la formation des professions paramédicales. A ce titre, il participe à la mise au point d'indicateurs sur le contenu et le déroulement des programmes de formation. Il participe à l'évaluation des parcours des professionnels de santé à l'issue de leur formation, à la réflexion sur l'adéquation des enseignements aux besoins des établissements et structures de santé.

La fonction de conseiller pédagogique s'exerce, au niveau national, auprès de l'administration centrale du ministre chargé de la santé dans le même champ de compétence.

Les fonctions prévues au présent article ne sont accessibles qu'aux directeurs des soins de 1<sup>re</sup> classe.

## TITRE II

### RECRUTEMENT, FORMATION, NOMINATION, TITULARISATION

**Art. 9.** - Les directeurs des soins de 2<sup>e</sup> classe sont recrutés par concours organisés au niveau national par arrêté du ministre chargé de la santé :

1° Un concours externe sur épreuves ouvert dans chaque filière : filière infirmière, filière de rééducation, filière médico-technique. Il est ouvert aux candidats du secteur privé titulaires du diplôme de cadre de santé appartenant à la filière infirmière, de rééducation ou médico-technique, ayant exercé l'une des professions appartenant à ces filières pendant au moins dix ans, dont cinq ans d'équivalent temps plein en qualité de cadre ;

2° Un concours interne sur épreuves ouvert dans chaque filière : filière infirmière, filière de rééducation, filière médico-technique. Il est ouvert aux cadres supérieurs de santé des filières infirmière, de rééducation et médico-technique et aux cadres de santé ou aux surveillants des mêmes filières comptant, au 1<sup>er</sup> janvier de l'année du concours, au moins cinq ans de services effectifs dans ce grade.

Peuvent également se présenter à ces concours selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la santé les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne ou des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen.

Les candidats doivent être âgés de cinquante ans au plus. Cette limite d'âge est reculée ou supprimée dans les conditions prévues par les textes législatifs et réglementaires en vigueur.

Le jury est commun aux deux concours. Le programme, la nature des épreuves et les modalités d'organisation des concours ainsi que la composition du jury sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Art. 10.** - Le nombre de places offertes aux concours externe et interne est fixé chaque année par arrêté du ministre chargé de la santé. En aucun cas, le nombre de places offertes au concours externe ne peut excéder 10 % du nombre total des places offertes aux deux concours.

**Art. 11.** - Les places offertes à chacun de ces deux concours qui n'auraient pas été pourvues par la nomination des candidats au concours correspondant peuvent être attribuées aux candidats à l'autre concours dans chaque filière. Ce report ne peut avoir pour conséquence que le nombre de places offertes au concours interne soit inférieur aux deux tiers du nombre total de places offertes aux deux concours.

**Art. 12.** - Les avis annonçant les concours mentionnés à l'article 9 ci-dessus sont publiés au *Journal officiel* de la République française à l'initiative du ministre chargé de la santé.

**Art. 13.** - Avant de se présenter au concours mentionné au 2° de l'article 9 ci-dessus, les fonctionnaires et agents des établissements énumérés à l'article 2 (1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>) de la loi du 9 janvier 1986 susvisée peuvent être admis à un cycle préparatoire organisé par l'Ecole nationale de la santé publique selon des modalités fixées par un arrêté du ministre chargé de la santé.

Les candidats au concours d'accès au cycle préparatoire doivent réunir, au 1<sup>er</sup> janvier de l'année où prendra fin le cycle pour lequel ils postulent, les conditions requises par le 2° de l'article 9 ci-dessus pour se présenter au concours interne.

**Annexe 13 : Décret n° 90-319 du 5 avril 1990 relatif à la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière modifié par le décret n° 2001-164 du 20 février 2001, et le décret n°2003-759 du 1er août 2003 (J.O. du 10 avril 1990 page 4360).**

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et du budget, et du ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale,

Vu le livre IX du code du travail, et notamment l'article L. 970-5 ;

Vu la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière ;

Vu la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée relative aux institutions sociales et médico-sociales ;

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, et notamment son article 21 ;

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, et notamment ses articles 24, 41 et 136 ;

Vu le décret n° 62-1198 du 3 octobre 1962 modifié relatif au recrutement et à l'avancement du personnel des établissements relevant des services départementaux de l'aide sociale à l'enfance ;

Vu le décret n° 88-1077 du 30 novembre 1988 modifié portant statuts particuliers des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 89-241 du 18 avril 1989 portant statuts particuliers des aides-soignants et des agents des services hospitaliers de la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 89-609 du 1er septembre 1989 portant statuts particuliers des personnels de rééducation de la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 89-611 du 1er septembre 1989 portant statut particulier des sages-femmes de la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 89-613 du 1er septembre 1989 portant statuts particuliers des personnels médico-techniques de la fonction publique hospitalière ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière en date du 27 novembre 1989 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

Art. 1er La formation professionnelle continue des agents titulaires et non titulaires des établissements énumérés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée a pour but de maintenir ou de parfaire leur qualification professionnelle, d'assurer leur adaptation à l'évolution des techniques et des conditions de travail et de favoriser leur promotion sociale et leur contribution à l'évolution culturelle, économique et sociale.

Elle prend la forme d'actions organisées et suivies visant à l'acquisition de connaissances, d'aptitudes et de compétences ; ces actions doivent reposer sur des objectifs, des moyens pédagogiques et un dispositif permettant de suivre leur déroulement et d'en évaluer leur impact.

Elle comprend deux types d'actions :

1. les actions figurant dans le plan de formation de l'établissement ;
2. les actions choisies par les agents en vue de leur formation personnelle.

I. - Actions figurant dans le plan de formation de l'établissement

Art. 2 Les plans de formation des établissements portent sur :

- a) des actions de préparation aux concours et examens permettant soit l'accès à un grade supérieur ou à un corps différent, soit l'entrée dans une école préparatoire à un emploi de la fonction publique hospitalière ;

- b) des études promotionnelles débouchant sur l'accès aux diplômes ou certificats du secteur sanitaire et social dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé ;
- c) des actions d'adaptation en vue de faciliter soit la titularisation, soit l'accès à un nouvel emploi, soit le maintien de la qualification requise dans l'emploi occupé ;
- d) des actions de conversion permettant d'accéder à des emplois exigeant une qualification nouvelle ou à des activités professionnelles différentes.

Art. 3 La répartition entre les différents types de formation énumérés à l'article 2 ci-dessus résulte du processus de concertation et d'élaboration du plan de formation de l'établissement établi annuellement.

Les dispositions du troisième alinéa de l'article 4, le suivi de la réalisation du plan ainsi que l'évaluation des effets induits doivent associer les instances consultatives compétentes de l'établissement.

Ce plan devra tenir compte à la fois des besoins de perfectionnement et d'évolution et des nécessités de promotion interne.

Ce plan devra comporter une prévision du coût de revient de la fonction formation faisant apparaître le coût pédagogique des actions de formation relevant de l'article 2, la rémunération des stagiaires en formation, leur déplacement et leur hébergement ainsi que le coût des cellules de formation.

Art. 4 Les agents peuvent bénéficier sur leur demande des actions énumérées au c) de l'article 2 ci-dessus, sous réserve des nécessités de fonctionnement du service.

Un deuxième refus ne peut être opposé à une demande de formation prévue au a) de l'article 2 qu'après avis de l'organisme administratif paritaire.

Les agents peuvent, après avoir été consultés, être tenus de suivre certaines des actions prévues au c) de l'article 2 dans l'intérêt du service.

Art. 5 Les agents qui suivent une formation sont maintenus en position d'activité.

Dans les cas prévus au a) de l'article 2, ils sont déchargés de tout ou partie de leurs obligations par l'autorité investie du pouvoir de nomination.

Dans les cas prévus aux b) c) et d) du même article, la formation est considérée comme service effectif et les agents sont tenus de suivre l'ensemble de la formation.

Art. 6 Dans les cas prévus aux a) et b) de l'article 2, les agents conservent leur traitement, leur indemnité de résidence et leurs indemnités à caractère familial. Ils conservent les autres indemnités et primes lorsque la durée totale d'absence pendant les heures de service n'excède pas une journée par semaine en moyenne dans l'année.

Dans les cas prévus aux c) et d) du même article, les agents conservent leur traitement et l'intégralité de leurs indemnités et primes.

Art. 7 Lorsque, à l'issue d'une formation prévue au b de l'article 2, l'agent qui a été rémunéré pendant sa formation obtient l'un des certificats ou diplômes lui donnant accès aux corps, grades ou emplois mentionnés dans le décret du 30 novembre 1988 susvisé, dans les décrets no 89-609, no 89-611, no 89-613 du 1er septembre 1989 susvisés et dans le décret no 93-652 du 26 mars 1993, il est tenu de servir dans un des établissements énumérés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée pendant une durée égale au triple de celle de la formation, dans la limite de cinq ans maximum à compter de l'obtention de ce certificat ou diplôme.

Dans le cas où l'agent quitte la fonction publique hospitalière avant la fin de cette période, il doit rembourser à l'établissement qui a assuré sa formation les sommes perçues pendant cette formation proportionnellement au temps de service qui lui restait à accomplir.

Art. 8 Les établissements doivent consacrer au financement des actions de formation énumérées aux a) c) et d) de l'article 2, 1 p. 100 au minimum du montant des salaires inscrits à leur budget au sens de l'article 231-1 du code général des impôts.

Ce pourcentage sera progressivement porté en 1993 à 2,1 p. 100 au minimum du montant précité pour inclure le financement des études promotionnelles visées au b) de l'article 2. Cependant les établissements

resteront tenus de consacrer un minimum de 1 p. 100 du montant défini ci-dessus au financement des actions énumérées aux a) c) et d) de l'article 2.

Ce financement couvre, pour les actions de formation visées à l'article 2, le coût pédagogique, la rémunération des stagiaires en formation, leur déplacement et leur hébergement.

## II. - Actions de formation choisies par les agents en vue de leur formation personnelle

Art. 9 Les agents ont la possibilité de demander :

- a) une mise en disponibilité pour effectuer des études ou des recherches présentant un caractère général ;
- b) un congé de formation professionnelle pour suivre, à leur initiative et à titre individuel, des formations distinctes de celles faisant partie du plan de formation de l'établissement dans lequel ils exercent leur activité.
- c) Un bilan de compétences effectué à leur initiative, assorti ou non d'une demande d'autorisation d'absence. Ce bilan a pour objet de permettre aux agents d'identifier et d'analyser leurs compétences professionnelles et personnelles ainsi que leurs aptitudes et motivations afin de définir un projet professionnel et, le cas échéant, un projet de formation.

Art. 10 Le congé de formation professionnelle prévu au b) de l'article 9 ne peut être accordé que si l'agent a accompli au moins trois ans de services effectifs dans les établissements énumérés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986.

Ce congé peut être utilisé en une seule fois ou réparti sur toute la durée de la carrière sans que sa durée puisse excéder trois ans.

Art. 11 L'agent qui a bénéficié d'un congé de formation professionnelle reprend dans son établissement d'origine, au terme de son congé, un emploi correspondant à son grade ou, pour le non titulaire, de niveau équivalent à celui de l'emploi qu'il occupait.

Art. 12 La demande de congé de formation professionnelle doit être formulée soixante jours au moins avant la date à laquelle commence la formation.

Cette demande doit porter mention de cette date et préciser la durée du congé demandé.

L'autorité investie du pouvoir de nomination doit faire connaître sa décision dans les trente jours qui suivent la réception de la demande.

La demande peut être écartée dans l'intérêt du fonctionnement du service ou lorsque le nombre des agents simultanément absents au titre de ce congé dépasse 2 p. 100 du nombre total des agents de l'établissement au 31 décembre de l'année précédente.

Lorsqu'il n'est pas possible de satisfaire toutes les demandes, priorité est accordée aux agents dont la demande a été précédemment écartée.

Il ne pourra être opposé un troisième refus à un agent sans l'avis de l'organisme administratif paritaire.

Art. 13 L'agent doit, à la fin de chaque mois et à la fin de son congé de formation professionnelle, remettre à l'autorité investie du pouvoir de nomination une attestation de présence effective établie par l'organisme qui dispense la formation.

En cas de constat d'absence sans motif valable, il est mis fin, s'il y a lieu, au congé de formation professionnelle et l'agent doit rembourser les indemnités qu'il a perçues s'il a bénéficié d'un congé de formation professionnelle financièrement pris en charge dans les conditions prévues à l'article 14.

Art. 14 L'agent qui a obtenu un congé de formation professionnelle perçoit une indemnité mensuelle forfaitaire, pendant une durée n'excédant pas douze mois pour l'ensemble de sa carrière. Cette durée est portée à vingt-quatre mois, dans la mesure où la formation est dispensée pendant deux ans au moins. Les demandes sont satisfaites dans la limite des crédits réservés à leur financement.

Cette indemnité est égale à 85 p. 100 du montant total du traitement brut et de l'indemnité de résidence qu'il percevait au moment de sa mise en congé. Le montant de cette indemnité ne peut toutefois excéder celui du traitement et de l'indemnité de résidence afférents à " l'indice brut 650 " d'un agent en fonction à Paris.

L'indemnité est versée par l'établissement dont dépend l'agent.

L'établissement en est remboursé par l'organisme paritaire agréé auquel il a versé la cotisation prévue au 6° de l'article 41 de la loi du 9 janvier 1986.

Pour percevoir cette indemnité, l'agent doit en adresser la demande audit organisme paritaire.

Art. 14-1 Pour les agents de catégorie C, l'indemnité prévue à l'article 14 ci-dessus est complétée pendant une durée n'excédant pas un an d'une somme égale à la différence entre cette indemnité et le montant total de leur salaire brut et de l'indemnité de résidence qu'ils percevaient au moment de leur mise en congé.

Ce complément est versé par l'établissement dont dépend l'agent. Il est pris en charge par le fonds pour l'emploi hospitalier institué par l'article 14 de la loi no 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique.

Art. 15 L'agent qui bénéficie d'un congé de formation professionnelle financièrement pris en charge s'engage à rester dans les établissements énumérés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée ou au service de l'Etat, des collectivités territoriales ou de leurs établissements publics pendant une période dont la durée est égale au triple de celle pendant laquelle il a perçu l'indemnité prévue à l'article 14 et, en cas de rupture de son engagement, à rembourser les indemnités qu'il a perçues pendant ce congé, proportionnellement au temps de service qu'il lui restait à accomplir en vertu de son engagement.

Il pourra être dispensé de cet engagement par l'autorité investie du pouvoir de nomination après avis de l'organisme administratif paritaire.

Art. 16 Le bénéfice d'un bilan de compétences peut être accordé, dans la limite des crédits disponibles, aux agents qui justifient d'au moins deux ans de services effectifs, consécutifs ou non, en qualité d'agent titulaire ou non titulaire de la fonction publique hospitalière.

La durée d'un bilan complet de compétences ne peut excéder 24 heures, réparties ou non sur plusieurs semaines.

Le bilan de compétences peut être réalisé sous une forme simplifiée et être, le cas échéant, complété ultérieurement.

Un agent ayant réalisé un bilan de compétences complet dans le cadre du présent dispositif ne peut prétendre au bénéfice d'un nouveau bilan avant l'expiration d'un délai de cinq ans.

Le contenu et les modalités d'organisation du bilan de compétences sont précisés par un arrêté du ministre chargé de la santé.

Art. 17 Dans le cas où l'agent souhaite réaliser un bilan de compétences sur son temps de travail, il doit demander une autorisation d'absence à ce titre, précisant les dates et la durée prévisionnelles du bilan, auprès de l'autorité investie du pouvoir de nomination soixante jours au moins avant le début de l'action.

L'autorité investie du pouvoir de nomination fait connaître par écrit à l'intéressé, dans les trente jours qui suivent la réception de la demande, son accord ou les raisons de service motivant le report de l'autorisation d'absence. Ce report ne peut excéder six mois.

L'agent qui souhaite réaliser le bilan de compétences sur son temps de travail doit présenter la demande de prise en charge des dépenses afférentes à ce bilan, accompagnée de l'autorisation d'absence, à l'organisme paritaire agréé, auquel l'établissement qui emploie l'agent verse la cotisation du congé de formation professionnelle, prévue au 6° de l'article 41 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée.

L'agent qui souhaite réaliser le bilan de compétences sur son temps personnel doit présenter la demande de prise en charge des frais afférents à ce bilan à l'organisme paritaire mentionné ci-dessus. La demande est accompagnée des documents et déclarations sur l'honneur établissant que les conditions auxquelles le droit à un bilan de compétences est soumis sont remplies. Si un désaccord apparaît entre l'organisme paritaire et l'agent sur le respect de ces conditions, l'agent peut saisir l'autorité investie du pouvoir de nomination qui prend la décision.

Dans les deux cas, la demande indique les dates et la durée du bilan ainsi que la dénomination de l'organisme prestataire choisi par l'agent

Art. 18 L'agent qui a obtenu conjointement l'autorisation spéciale d'absence pour effectuer un bilan de compétences, de la part de son établissement, et la prise en charge des dépenses afférentes à ce congé, de la part de l'organisme paritaire mentionné à l'article 17, continue à percevoir le traitement, les primes et indemnités y compris les indemnités à caractère familial qu'il aurait perçus s'il était resté à son poste de travail, pendant la durée du bilan. Il a droit au remboursement des frais de déplacement exposés à l'occasion du bilan de compétences.

L'agent qui effectue un bilan de compétences sur son temps personnel a droit aux remboursements des frais de déplacement mentionnés ci-dessus.

Art. 19 Les résultats détaillés du bilan de compétences et le document de synthèse qui sont rédigés à la fin du bilan de compétences sont la propriété exclusive de l'agent qui a bénéficié de ce bilan et ne peuvent être communiqués à un tiers qu'à son initiative.

Art. 20 Le bilan de compétences à initiative individuelle ne peut être réalisé qu'après la conclusion d'une convention tripartite entre l'agent bénéficiaire, l'organisme prestataire et l'organisme paritaire agréé au titre du congé de formation professionnelle auquel l'établissement employeur verse la cotisation prévue à l'article 41 (6°) de la loi du 9 janvier 1986 susvisée.

Cette convention tripartite est établie conformément à une convention type définie par un arrêté du ministre chargé de la santé.

Art. 21 Les organismes prestataires sont tenus d'utiliser, pour réaliser les bilans de compétences, des méthodes et des techniques fiables, mises en oeuvre par des personnels qualifiés.

Les dispositions prévues aux articles R. 900-5 à R. 900-7 du code du travail s'appliquent aux organismes prestataires de bilans de compétences au bénéfice des agents de la fonction publique hospitalière.

Ces organismes doivent également tenir ces informations à la disposition du ministre chargé de la santé et du ou des organismes paritaires agréés au titre du congé de formation professionnelle mentionnés au 6° de l'article 41 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée.

Les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée ne peuvent réaliser de bilans de compétences pour les agents de la fonction publique hospitalière.

Art. 22 L'agent qui, sans motif valable, ne suit pas l'ensemble de l'action pour laquelle il a sollicité une prise en charge doit rembourser à l'organisme paritaire précité les frais relatifs au bilan de compétences et, s'il y a lieu, à l'établissement employeur la rémunération perçue pendant son absence à ce titre.

Art. 23 Sont abrogés :

I - a) le décret n° 70-1013 du 3 novembre 1970 relatif à la promotion professionnelle de certains personnels titulaires des établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics ;

b) le décret n° 75-489 du 16 juin 1975 pris pour l'application des dispositions du livre IX du code du travail aux agents titulaires relevant du livre IX du code de la santé publique ;

c) le décret n° 78-517 du 30 mars 1978 pris pour l'application de certaines dispositions du livre IX du code du travail aux agents non titulaires des établissements et collectivités mentionnés à l'article L. 792 du code de la santé publique et des syndicats interhospitaliers mentionnés à l'article 8 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière ;

II - L'article 13 (alinéas 2 et 3) du décret n° 62-1198 du 3 octobre 1962 susvisé, l'article 39 du décret n° 88-1077 du 30 novembre 1988 susvisé, l'article 53 du décret n° 89-609 du 1er septembre 1989 susvisé, le I de l'article 18 du décret n° 89-611 du 1er septembre 1989 susvisé, l'article 39 du décret n° 89-613 du 1er septembre 1989 susvisé.

Art. 24 Le ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et du budget, le ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale et le ministre délégué auprès du ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et du budget, chargé du budget, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 5 avril 1990.

## **Annexe 14 : Circulaire n° 233/DHOS/P2/2006/ du 29 mai 2006 relative aux orientations et axes de formation prioritaires, à caractère pluriannuel, concernant l'ensemble des fonctionnaires des établissements relevant de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant statut général de la fonction publique hospitalière. (Extraits)**

(...) Comme tous les ans, la circulaire sur les axes prioritaires de formation a pour finalité de préciser aux établissements de la fonction publique hospitalière et à leurs agents, les orientations retenues par le Ministère de la Santé et des Solidarités dans le domaine de la formation continue. Elle a pour ambition d'inspirer les plans de formation des établissements, en rappelant le cadre des politiques nationales de santé publique et leur caractère pluriannuel.

Parallèlement, et sur des thèmes spécifiques, des actions nationales de formation sont discutées au sein du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière et mis en œuvre par les établissements via deux opérateurs de formation principaux, l'Association Nationale de Formation pour le personnel Hospitalier (ANFH) et l'École Nationale de la Santé Publique (ENSP). Cinq actions nationales ont été retenues pour 2007 et figurent en annexe de la présente circulaire.

En rappel, les priorités d'actions nationales de formation pour 2006 ont été définies par la circulaire n°257 du 30 mai 2005, et avaient mis l'accent notamment sur la prise en charge de l'autisme, le renforcement du plan cancer, la mise en œuvre du plan santé mentale, la prévention de la maltraitance des personnes vulnérables, le traitement de la maladie d'Alzheimer, l'accueil des personnes en situation d'exclusion...

Les orientations nationales de formation pour l'année 2007 confirment ces thématiques, tout en les complétant par de nouveaux axes.

1/ Les orientations nationales en cours de déploiement ou à renforcer

### **• Mise en œuvre des réformes hospitalières :**

La mise en œuvre des réformes hospitalières requiert de la part des établissements hospitaliers à la fois de nouvelles modalités d'organisation et de gestion mais également le développement de compétences collectives et individuelles dont l'une des voies d'acquisition est la formation. (...)

- Le Plan Cancer : (...)
- La prise en charge de la douleur et des situations palliatives chez les personnes âgées : (...)
- L'accueil et la prise en charge des personnes polyhandicapées : (...)
- Lutte contre la maltraitance : (...)
- L'accueil des personnes en situation de précarité notamment des migrants et des femmes enceintes : (...)
- La poursuite de la lutte contre les dérives sectaires : (...)
- Le développement des projets culturels : (...)
- Le rôle de l'hygiène des mains dans la prévention des infections nosocomiales : (...)
- L'accompagnement et le suivi des actions de formation prévu au plan Psychiatrie et Santé mentale : (...)
- Le renforcement de la démarche métiers compétences dans la fonction publique hospitalière :

Par courrier du 22 décembre, je vous rappelais les enjeux qui s'attachaient au développement des démarches métiers compétences dans les établissements de la FPH. La conjonction de facteurs d'évolution puissants qui agissent sur le monde hospitalier (démographiques, technologiques, scientifiques, économiques, organisationnels...) conjugués à la mise en place progressive des réformes hospitalières, nécessitent une professionnalisation accrue des acteurs dans le domaine de la gestion des métiers et des compétences et notamment dans leur anticipation. (...)

- L'ouverture à la validation des acquis de l'expérience de certains diplômés du secteur sanitaire :

A la suite de la publication de l'arrêté du 25 janvier 2005 relatif aux modalités d'organisation de la validation des acquis de l'expérience pour l'obtention du diplôme professionnel d'aide-soignant et de l'arrêté du 16



janvier 2006 pour ce qui concerne l'ouverture à la VAE du diplôme professionnel d'auxiliaire de puériculture, les personnels relevant de la fonction publique hospitalière peuvent être amenés à s'engager dans un tel processus. Il est demandé aux établissements publics de santé de s'impliquer dans ce dispositif qui, fondé sur un droit individuel, peut constituer un véritable atout collectif. C'est pourquoi il est souhaitable que, dans le cadre du plan de formation, les personnels intéressés puissent bénéficier d'une prise en charge leur permettant de suivre le module de formation obligatoire cité aux articles 3 et 7 des arrêtés du 25 janvier 2005 et du 16 janvier 2006, ainsi que de toute action de positionnement et d'assistance les conduisant à constituer leur livret de recevabilité et de présentation des acquis, ainsi qu'à préparer l'entretien avec le jury du diplôme. Par la suite, en cas de validation partielle et de parcours de formation complémentaire, le recours aux financements des études promotionnelles pourra être utilement envisagé, afin que les candidats considérés obtiennent la certification recherchée. A cet égard, il est précisé que l'accord – cadre signé le 27 juillet 2005 entre l'Etat et l'ANFH a pour objet de favoriser la formation et la qualification des personnels soignants intervenant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Il permet notamment de financer des actions, y compris de VAE, pour l'accès à la qualification d'aide-soignant.

- La formation des personnes bénéficiaires d'un contrat aidé : (...)
- La formation des personnes bénéficiaires d'un contrat "PACTE" : (...)
- La formation des personnels permanents des services de sécurité incendie : (...)

## 2/ Les nouvelles orientations à mettre en œuvre

- Plan de lutte contre la pandémie grippale : campagne nationale de formation des professionnels de santé exerçant dans les établissements de santé (...)
- La prévention, le traitement et l'éducation des maladies respiratoires chroniques obstructives : (...)
- La prise en charge des maladies rares : (...)
- Développement des services à la personne :

Le plan de développement des services à la personne a été élaboré pour répondre à plusieurs enjeux : favoriser l'emploi et le dynamisme économique, améliorer les conditions de travail et la qualification les salariés du secteur, apporter une réponse à la perte d'autonomie et améliorer l'articulation entre vie familiale et vie professionnelle.

La loi n° 2006-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne a étendu les avantages financiers liés à l'agrément des services à la personne prévu par le Code du travail. Elle a également simplifié et rationalisé la procédure d'agrément. Elle a été complétée par l'article 4 de l'ordonnance du 1er décembre 2005 dite de simplification du droit en matière d'action sociale, qui a instauré un droit d'option pour les promoteurs de services d'aide à domicile entre l'autorisation préalable prévue par le Code de l'action sociale et des familles et l'agrément « qualité » délivré dans des délais beaucoup plus rapides. Tous les opérateurs de services à domicile qui sollicitent l'agrément « qualité » doivent se conformer à un cahier des charges. Celui-ci fixe notamment des règles en matière de « clarté et qualité de l'offre de services » et de qualification des personnels.

(...) Il est important que de nouvelles formes d'articulation et de coopération soient initiées avec ces nouveaux acteurs afin de favoriser le continuum de la prise en charge des personnes âgées entre les établissements sanitaires et médico-sociaux et le domicile. Les hôpitaux locaux seront amenés à travailler de plus en plus en étroite collaboration avec les services à la personne. Ces relations peuvent être formalisées dans le cadre d'un groupement de coopération social et médico-social qui peut associer des établissements et services sociaux ou médico-sociaux et des établissements de santé (décret n° 2006-413 du 6 avril 2006).

- L'optimisation des achats hospitaliers : (...)
- Formation des personnels aux gestes d'urgence et à la gestion des crises sanitaires : (...)