



EHESP

Filière Directeurs d'Hôpital

Promotion : **2009-2011**

Date du Jury : **Décembre 2010**

**La Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie :
un enjeu stratégique et un levier majeur de la
gestion prévisionnelle des métiers et des
compétences**

L'exemple du Centre Hospitalier Guillaume Régnier à Rennes

Anne GIRARD

Remerciements

Je remercie tout d'abord Monsieur GARIN et toute l'équipe de direction du Centre Hospitalier Guillaume Rénier pour leur disponibilité, leur confiance, et leur goût pour la transmission de leur passion de l'hôpital et du métier de directeur.

Je tiens tout particulièrement à remercier Jean-Yves QUINIO, mon maître de stage, pour sa patience et son implication dans mon stage. Je le remercie aussi pour nos échanges et son accompagnement dans mon travail sur la formation professionnelle.

Je remercie également chaleureusement mon encadrante mémoire, Anne-Marie LORHO, directrice adjointe au CHU de Rennes, pour sa disponibilité, sa gentillesse, ses encouragements, ses conseils avisés et sa relecture bienvenue. Son accompagnement m'a été précieux.

Je remercie l'ensemble de mes interlocuteurs sur ce sujet vaste mais passionnant : les représentants de l'ANFH (Monsieur Faucher, Madame Roussel), les directeurs des ressources humaines bretons qui ont aiguisé mon point de vue (Madame Bidault, Monsieur Bertrand), et tous les cadres, les agents et les représentants syndicaux membres du groupe de travail sur la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie qui, par leurs remarques et leur points de vue, ont permis de guider ma réflexion.

Enfin, merci à Julien, qui rend tous mes projets possibles.

« Rien ne prédispose plus au conformisme que le manque de formation. »
Gustave Thibon ; Extrait de L'Équilibre et l'harmonie

Sommaire

Introduction	3
---------------------	----------

1 Face aux mutations de l'hôpital, la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie est une composante essentielle de la qualité des soins, un levier de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences et un outil de conduite du changement. 9

1.1 L'hôpital fait face à une double mutation 9

1.1.1 Une évolution des métiers et des compétences qui obligent à un ajustement permanent. ___	9
A) Un changement de paradigme : de la qualification à la compétence ? _____	9
B) Des métiers en mutation : des défis à relever pour le personnel de l'hôpital _____	11
C) Un phénomène échappant à la psychiatrie ? _____	12
1.1.2 L'hôpital contraint de repenser son organisation externe et interne _____	13
A) Une réforme de l'organisation interne : la nouvelle gouvernance _____	14
a) Une nouvelle gouvernance en permanente construction _____	14
b) Une appropriation difficile en psychiatrie _____	14
B) L'hôpital au cœur de la recomposition de l'offre de soins _____	15

1.2 Face à ces évolutions, la formation est un levier d'évolution des compétences et d'accompagnement du changement 17

1.2.1 Un préalable : la définition des besoins de formation _____	17
1.2.2 De la Formation Continue à la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie: d'une formation catalogue à une formation co-investie : _____	20
A) Des dispositifs nouveaux qui placent l'agent comme acteur de sa formation : le Droit Individuel à la Formation, la période de professionnalisation et le passeport formation. _____	20
a) Le Droit Individuel à la Formation (DIF) _____	20
b) La période de professionnalisation _____	21
c) Le passeport formation _____	22
B) L'impératif de communication _____	23
C) Des financements accrus depuis plusieurs années mais un mode de financement qui reste complexe _____	23
1.2.3 La Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie est enfin un outil fondamental d'accompagnement du changement _____	26

2 La réforme de la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie et la nouvelle gouvernance : une opportunité d'améliorer le dispositif de formation du CHGR _____ 28

2.1 Une politique de formation dynamique mais insuffisamment structurée. _____ 28

2.1.1	Caractéristiques de l'effort de formation du CHGR _____	28
A)	Un accès important à la formation _____	28
B)	Une politique de formation tournée vers le personnel soignant _____	29
C)	Une formation équilibrée entre actions d'adaptation à l'emploi et promotion professionnelle	31
2.1.2	Une politique de formation insuffisamment prospective _____	33
A)	Le constat : un de plan de formation un peu figé _____	33
B)	Formation et GPMC au CHGR : un lien insuffisant _____	34
C)	Un calendrier perfectible _____	35
2.1.3	Une évaluation des formations à optimiser _____	36
2.1.4	Une organisation structurée mais peu délégative. _____	36
A)	Une politique de formation structurée autour du service formation continue et des instances	37
a)	Le rôle important et bien identifié du service formation _____	37
b)	Le rôle de la Commission Consultative de la Formation Professionnelle Continue (CCFPC)	37
B)	Le rôle des pôles est encore peu affirmé _____	38

2.2 Les leviers managériaux face aux enjeux de la réforme de la formation au CHGR ____ 39

2.2.1	L'enjeu prospectif : la formation comme un outil d'accompagnement et de réponse à des besoins évalués en amont _____	39
A)	Le préalable : le développement de l'articulation entre GPMC et formation _____	39
B)	Les leviers d'évolution en matière de définition des besoins _____	41
a)	Une révision du calendrier pour une meilleure prise en compte du recueil des besoins et une adaptation du plan de formation _____	41
b)	L'implication des cadres _____	42
C)	L'articulation du projet institutionnel et de l'initiative individuelle : quelle place pour le DIF et la période de professionnalisation au CHGR ? _____	43
a)	Le DIF : un vrai nouveau droit au CHGR? _____	43
b)	La période de professionnalisation : une opportunité à saisir _____	44
2.2.2	L'enjeu de la concertation et du dialogue social. _____	46
A)	Le dialogue social avec les partenaires sociaux _____	46
B)	L'enjeu de la communication : des leviers à mobiliser _____	48
a)	Le passeport formation : outil de formation ou gadget ? _____	48
b)	Une vraie démarche de communication à construire autour de la charte _____	48

- 2.2.3 La délégation en matière de formation à l'hôpital : l'enjeu de la contractualisation au CHGR 49
- A) La nécessité d'une délégation large mais définie _____ 49
 - B) Propositions d'accompagnement de l'organisation polaire en matière de formation _____ 51

Conclusion _____ **52**

Bibliographie _____ **55**

Liste des annexes _____ **I**

Liste des sigles utilisés

ANFH : Association Nationale pour la Formation du personnel Hospitalier
ARS : Agence Régionale de Santé
CCFPC : Commission Consultative pour la Formation Professionnelle Continue
CFP : Congé de Formation Professionnelle
CHGR : Centre Hospitalier Guillaume Régnier
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CME : Commission Médicale d'Etablissement
DRH : Direction des Ressources Humaines
CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSST : Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes
CTE : Comité Technique d'Etablissement
DIF : Droit Individualisé à la Formation
DPC : Développement Professionnel Continu
EP : Etudes Promotionnelles
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
ETP : Equivalent Temps Plein
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
FIPHFP : Fonds d'Insertion des Personnes handicapées de la Fonction Publique
FHF : Fédération Hospitalière de France
FMC : Formation Médicale Continue
FMEP : Fonds Mutualisé des Etudes Promotionnelles
FORMEP : Fonds Régionalisé Mutualisé de financement des Etudes Promotionnelles
FPTLV : Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie
FPH : Fonction Publique Hospitalière
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
GRH : Gestion des Ressources Humaines
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST (loi dite) : Hôpital Patients Santé Territoires
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
LMD : Licence Master Doctorat
MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

OPCA : Organisme Paritaire Collecteur Agréé

RFC : Responsable de Formation Continue

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

T2A : Tarification A l'Activité

UHSA : Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée

Introduction

Si la formation professionnelle, en entreprise et singulièrement à l'hôpital, a longtemps été vécue par les directions à la fois comme une obligation légale (et donc un coût financier) et une récompense à destination des agents, la conception de la formation a aujourd'hui beaucoup évolué. « Investir dans la formation, c'est conjuguer au présent mais aussi au futur le souci des hommes et des résultats ». Cette phrase de Philippe Bloch dans son ouvrage « service compris »¹ souligne bien le caractère dual de la formation, comme un investissement pour l'efficacité et pour le personnel qui est le moteur de celle-ci.

Au Centre Hospitalier Guillaume Rénier, établissement de santé mentale d'une capacité d'accueil de près de 1800 lits et places, doté d'un personnel d'environ 2 350 agents, la formation est effectivement un investissement important puisqu'en 2009, 2 857 départs en formation, dont 54 en formation de type promotionnel, ont eu lieu pour près de 13 000 jours de formation dispensés. D'un budget de plus de 1,4 million d'€ en 2009, cette politique de formation représente un effort financier significatif pour l'établissement, dont le ressort territorial, basé sur neuf secteurs de psychiatrie adulte et trois intersecteurs de pédopsychiatrie, couvre les besoins de soins de toute la population d'Ille et Vilaine à l'exception du secteur de Saint-Malo et de celui de Redon.

La formation peut être définie comme « l'ensemble d'actions, de moyens, de méthodes et de supports à l'aide desquels les agents sont incités à améliorer leurs connaissances, leurs comportements, leurs attitudes, leurs habiletés et leurs capacités mentales, nécessaires pour atteindre les objectifs de l'établissement ainsi que ceux qui leur sont personnels, pour s'adapter à leur environnement et pour accomplir de façon adéquate leurs tâches actuelles et futures ».²

L'ensemble des notions de connaissances, habiletés et savoir-faire dans un environnement déterminé constitue la composante fondamentale du management des ressources humaines qu'est la compétence. L'impératif de Gestion Prévisionnelle de Métiers et des Compétences (GPMC) affirmé et bientôt imposé par le ministère, et qui va devenir aussi un pré-requis de la certification, renvoie donc à des notions complémentaires de la seule qualification et fondamentales, dans laquelle la formation est un vecteur et un levier majeur : le métier et la compétence.

¹ Philippe Bloch, Ralph Hababou, Dominique Xardel « Service Compris – Les clients heureux font les entreprises gagnantes » - Marabout – janvier 1998 – 311 pages

² in « Les ressources humaines à l'hôpital, un patrimoine à valoriser », Jean-Marc Bonmati, éditions Berger Levrault, 1998, page 215

Le répertoire des métiers, dans son lexique, présente des définitions précises de ces deux notions. Le métier est défini comme « l'ensemble de postes ou de situations de travail pour lesquels il existe une proximité forte d'activités et de compétences, ce qui en permet l'étude et le traitement de façon globale et unique ». La compétence est pour sa part définie comme « un ensemble de savoir-faire opérationnels, de connaissances générales et techniques et de comportements professionnels, structuré, mobilisé et utilisable en fonction des activités à réaliser dans des situations de travail actuelles et futures. C'est aussi la maîtrise d'un savoir-faire opérationnel relatif aux activités d'une situation déterminée, requérant des connaissances associées à des savoir-faire et des savoir-être. »

La formation est donc un levier fondamental, même si pas unique, de réduction des écarts entre compétences actuelles et compétences attendues, d'autant que le recours à la formation dans la fonction publique hospitalière est très élevé. Il est intéressant de souligner que le personnel de cette fonction publique est globalement plus massivement formé que celui des autres fonctions publiques, et, plus sensiblement encore, que celui du secteur privé. Ainsi, le taux d'accès à la formation continue en 2008 s'établissait à 47% dans la fonction publique contre 32 % dans le secteur privé, et atteignait 57% dans la FPH.³

L'évolution historique de la politique de formation traduit son cheminement vers la notion d'amélioration des compétences. Dans ses débuts, la politique de formation apparaît très jacobine, à travers l'organisation de l'éducation permanente de la nation, mais dès les années 1970, sous l'impulsion des accords de Grenelle, la formation professionnelle continue est insérée dans l'éducation permanente, avec une véritable révolution qu'est la participation des employeurs au financement de la promotion professionnelle (socle actuel dans le code du travail). Restée encore longtemps comme une simple composante de la gestion du personnel, la formation est devenue au fur et à mesure une partie significative et capitale de la gestion des ressources humaines, que ce soit dans le secteur privé ou dans le secteur public. Ce rôle accru s'est matérialisé par le développement législatif et réglementaire qu'a connu ce domaine, notamment dans le secteur de la Fonction Publique Hospitalière (FPH). Le premier décret structurant sur la Formation Continue en 1990⁴ est suivi deux ans plus tard de la loi du 20 juillet 1992 sur la validation des acquis professionnels⁵. De plus en plus se fait jour la nécessité de penser la formation des

³ in J-M.BARBOT, janvier 2009, *Les directeurs des ressources humaines et la réforme de la formation professionnelle tout au long de la vie*, Santé RH – la lettre des Etablissements Sanitaires, Sociaux et Médico-Sociaux, n°2, pp.15-19

⁴ Décret n°90-319 du 5 avril 1990 modifié relatif à la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière

⁵ Loi n°92-678 du 20 juillet 1992 relative à la validation d'acquis professionnels pour la délivrance de diplômes et portant diverses dispositions relatives à l'éducation nationale

agents dans un processus continu et poursuivi. Ce processus, longtemps évoqué dans les discours, prend corps à travers la loi du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique⁶ qui dans son chapitre 1^{er} instaure la « Formation Professionnelle des agents publics Tout au Long de la Vie » (FPTLV).

Que recouvre donc cette notion de formation « tout au long de la vie » ? Elle prend bien deux dimensions. D'une part, comme le précisait Confucius au VI^{ème} siècle avant JC, « le savoir que l'on ne complète pas chaque jour diminue tous les jours ». Cette citation souligne l'impérieuse nécessité pour chaque professionnel de se placer de façon permanente tout au long de sa carrière dans un processus d'apprentissage, de consolidation des connaissances, de mises à jour des savoirs et de mises à l'épreuve et d'évaluation des pratiques. D'autre part, la formation dite « tout au long de la vie » montre l'importance prise par l'acquisition de compétences nouvelles au long de la vie professionnelle, et non plus l'unique validation de la qualification initiale, ce qui revêt une importance capitale dans le secteur hospitalier.

Mais quelle finalité accorde-t-on à la formation ? L'objectif premier est évidemment que les agents puissent contribuer à la mise en œuvre du projet d'établissement, socle de la politique de l'hôpital. En effet, l'amélioration des compétences s'entend dans une dimension institutionnelle, puisqu'elle doit permettre aux agents de l'établissement de répondre collectivement aux évolutions d'activité choisies dans le cadre du projet d'établissement, lui-même devant constituer la réponse aux besoins de la population de son ressort. Le socle stratégique de l'hôpital que constitue le projet d'établissement se décline donc en projet médical, en projet de soins, en projet d'amélioration continue de la qualité mais aussi en projet social, dans lequel le volet formation a une place importante puisqu'il doit permettre, par les objectifs d'amélioration des compétences qu'il poursuit, de répondre aux objectifs d'évolution d'activité ainsi que de qualité que se fixe l'hôpital.

La formation a donc un enjeu institutionnel majeur. Pourtant, dans le même temps, se font jour de plus en plus de revendications d'initiative individuelle et celles-ci sont traduites dans les textes, notamment dans la loi sus-citée de 2007 et son application dans la FPH à travers le décret du 21 août 2008⁷, déclinaison des mesures prévues dans les protocoles des 25 janvier, 19 octobre et 21 novembre 2006. Dans ce décret, la FPTLV est définie comme ayant pour but de permettre aux agents de la Fonction Publique Hospitalière « d'exercer efficacement leurs fonctions durant l'ensemble de leur carrière, d'améliorer la qualité du service public hospitalier, de favoriser le développement professionnel et personnel et leur mobilité ». La satisfaction des besoins institutionnels et la logique du développement personnel sont dès lors bien affirmées de façon **concomitante dans la**

⁶ La loi n° 2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique

⁷ Décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière

FPTLV à l'hôpital. La formation répond donc à la double acception de la GPMC. D'une part, la GPMC a une dimension collective pour répondre aux évolutions démographiques, techniques, aux changements d'activités et aux coopérations de plus en plus développées. La formation dans ce cadre doit être au service des nombreux enjeux de l'hôpital que sont la qualité des soins, les évolutions technologiques rapides mais aussi l'efficacité ou les restructurations accélérées par la mise en place de la Tarification A l'Activité (T2A), pour anticiper et réduire les écarts possibles entre besoins et ressources sur un plan quantitatif et qualitatif. D'autre part, la GPMC a une dimension individuelle, correspondant à la construction du parcours professionnel. Dès lors, les réorganisations et les évolutions collectives sont possibles si l'on fait en sorte dans le même temps de sécuriser les parcours professionnels, enjeu également majeur de la formation. De la même manière, le contexte de l'allongement de la durée de vie au travail et de l'accroissement de la mobilité conduit à des modifications de parcours pour lesquelles la formation est un élément de réponse.

L'actualité législative et réglementaire actuelle de transformation importante de la formation se déroule aussi dans un contexte plus large de modification de la gouvernance qui a elle-même un impact. Ainsi la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST)⁸, confirme l'instauration de la nouvelle gouvernance qui accorde aux pôles une véritable délégation de gestion, notamment en matière de gestion des ressources humaines. Cette réforme octroie donc encore davantage d'autonomie aux pôles, ce qui réinterroge les pratiques de formation professionnelle, décentralise la décision mais, dans une certaine mesure aussi, peut induire une fragilisation de l'universalité du projet d'établissement.

L'ensemble du nouvel arsenal juridique ci-dessus évoqué, associé à la réforme parallèle de la formation initiale qui bouscule également les processus de formation, modifie en profondeur la formation professionnelle, en lui conférant une place plus importante dans le processus de GPMC tout en obligeant les établissements à garantir la cohérence de leur projet d'établissement.

Dans quelle mesure la transformation du dispositif de formation, induite par le décret du 21 août 2008 et la loi HPST, bien qu'elle puisse fragiliser la cohérence institutionnelle, peut-elle être un levier pour une meilleure gestion des métiers et des compétences des personnels non médicaux? Quelles sont les conditions nécessaires au développement, au

⁸ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

sein du CHGR, d'une politique de formation répondant au double objectif d'amélioration du service public hospitalier et de développement professionnel et personnel des agents ?



Le travail d'étude pour répondre à ces questionnements s'est articulé autour d'une recherche bibliographique la plus large possible. L'actualité récente du décret du 21 août 2008 a généré notamment un grand nombre d'articles de professionnels des établissements et de documents des instances nationales de la formation (notamment l'Association Nationale pour la Formation permanente du Personnel Hospitalier - ANFH). J'ai également participé à une journée carrefour formation de l'ANFH, ainsi qu'à plusieurs instances locales ou régionales. J'ai bien-sûr analysé l'offre de formation de l'établissement en regard de l'offre régionale et nationale à travers plusieurs documents, notamment les plans de formation 2008 et 2009, le pré-plan 2010, les bilans sociaux 2009 et 2010, les statistiques régionales envoyées par la déléguée régionale de l'ANFH, le rapport d'activité 2009 de l'ANFH nationale.

Par ailleurs, dès le début de mon stage au sein du Centre Hospitalier Guillaume Régnier, je me suis vue confier l'animation d'un groupe de travail associant le directeur de la formation continue, des représentants du personnel, des cadres administratif, technique et de santé, les directeurs des soins et le service de la formation continue, en vue de l'élaboration d'une charte relative à la formation professionnelle tout au long de la vie. Ce travail d'animation m'a permise d'appréhender l'ensemble du dispositif de la FPTLV ainsi que le positionnement des différents acteurs de l'établissement sur ce domaine.

Deux représentants de la Fédération Hospitalière de France (FHF) aux instances régionales de l'ANFH, dont mon maître de stage, m'ont par la suite confié l'animation d'un groupe de réflexion en vue de l'élaboration d'un outil d'aide à la négociation et à la décision en matière de FPTLV, destiné à être diffusé par le délégué régional FHF à l'ensemble des établissements hospitaliers et médico-sociaux bretons. Ce travail mené avec la déléguée régionale ANFH, trois directeurs des ressources humaines (DRH) et la déléguée formation professionnelle du Centre Hospitalier Universitaire de Rennes, m'a amené à évaluer le rôle des DRH dans la conduite d'une politique de formation efficiente, percevoir les enjeux managériaux et discuter les propositions à mettre en œuvre au CHGR.

Enfin, j'ai complété ce matériau avec des entretiens ciblés auprès de différents interlocuteurs clés dans la politique de formation.



Face aux mutations endogènes et exogènes de l'hôpital, la FPTLV apparaît comme un outil majeur d'amélioration des compétences et d'accompagnement du changement. (I)
La réforme de la FPTLV et la nouvelle gouvernance constituent des leviers intéressants pour faire évoluer la politique de formation du centre Hospitalier Guillaume Régnier vers un outil à la fois plus prospectif et plus partagé. (II)

1 Face aux mutations de l'hôpital, la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie est une composante essentielle de la qualité des soins, un levier de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences et un outil de conduite du changement.

L'hôpital apparaît comme un secteur en perpétuelle transformation face à laquelle la formation est un outil de conduite du changement et constitue un enjeu pour garantir la qualité.

1.1 L'hôpital fait face à une double mutation

L'hôpital connaît à la fois une évolution des métiers et des compétences nécessaires à la mise en œuvre de son projet d'établissement et une transformation de son organisation interne et externe.

1.1.1 Une évolution des métiers et des compétences qui obligent à un ajustement permanent.

La notion de métier s'impose de plus en plus dans la Fonction Publique Hospitalière (FPH) comme une grille d'analyse plus pertinente en termes d'activités que le grade ou le corps. De même, la compétence se substitue ou, du moins, s'ajoute à la qualification, dans une vision de plus en plus qualitative et précise de la Gestion des Ressources Humaines (GRH). Les métiers et les compétences nécessaires à la conduite du Projet d'Etablissement sont mouvants, et demandent une adaptation permanente de l'hôpital et de ses agents.

A) Un changement de paradigme : de la qualification à la compétence ?

La notion même de FPTLV renvoie à l'idée d'une lecture plus continue de la formation, induisant une acquisition plus progressive des compétences. Les dispositifs apparus à partir des années 1990 que sont le bilan de compétences et surtout la Validation des Acquis et de l'Expérience, et qui trouvent une nouvelle résonance dans le décret du 21 août 2008, sont des exemples significatifs de ces revendications nouvelles de validation de compétences et de leur développement, y compris pour partie en dehors du champ « classique » de la qualification.

Guy Le Boterf propose une définition de la compétence qui place la formation comme un moteur de celle-ci, dans un ensemble plus large. Dans son ouvrage « compétence et navigation professionnelle »⁹, il définit la compétence comme « la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs dans une situation et un contexte donnés ». Ainsi, il montre comment une compétence professionnelle résulte de la mobilisation d'une combinatoire de ressources (connaissances, savoir-faire, expériences, ressources émotionnelles et physiologiques, réseaux relationnels et informationnels...) au travers d'une action mise en œuvre dans une situation de travail. Il démontre ainsi l'importance du contexte dans son développement.

La compétence ne s'acquiert et ne s'évalue donc que dans un environnement précis, et non seulement dans la seule validation d'un savoir. Le répertoire des métiers, dans son lexique des notions clés, distingue également bien la compétence et la qualification. «La qualification est un titre contractuel ou légal classant les individus sur une échelle de valeur. La qualification est la valeur d'échange de la compétence, la reconnaissance que la collectivité accorde à l'activité professionnelle d'une personne. ». De plus, il replace la compétence dans le cadre du métier, notion à la fois plus précise et plus opérationnelle que le grade.

Or ce changement ne va pas pour autant toujours de soi. Il s'agit d'un processus long, logique, vraisemblablement souhaitable mais qui réclame un positionnement de l'institution pour accepter ce changement. La notion de compétence est à la fois plus large et différente de la qualification : la compétence réside dans les savoir-faire, les comportements professionnels et leur validation ne dépend pas forcément d'un titre. Plus difficile à évaluer, elle est par conséquent aussi plus difficile à revendiquer pour un agent. Mais ce changement est fondamental dans la conduite de la politique de formation d'un établissement de santé, notamment pour garantir la validation des compétences à travers un autre paradigme que celui du diplôme.

Toutefois, la qualification reste une notion fondamentale à l'hôpital où une part importante du personnel exerce une profession réglementée et où le diplôme est une porte d'entrée incontournable. Le mode d'acquisition (au moins en ce qui concerne les aides –soignants ou les infirmiers spécialisés) est lui en train d'évoluer lentement avec la VAE. En ce domaine, il est d'ailleurs important de trouver les bornes, les limites de ce processus, pour qu'il ne soit pas effectué au détriment de la qualité. Sur cette question, le débat est souvent âpre en ce qui concerne les métiers soignants, en particulier celui d'infirmier.

⁹ in « Compétence et navigation professionnelle », Guy Le Boterf, éditions Les éditions d'organisation, 2000

B) Des métiers en mutation : des défis à relever pour le personnel de l'hôpital

Du fait de nombreuses mutations de nature variée que connaissent les métiers hospitaliers, (y compris l'émergence de nouveaux métiers), les agents hospitaliers sont tenus de s'adapter.

D'abord, le personnel hospitalier doit apprivoiser de nombreuses transformations techniques qui modifient de façon profonde l'exercice de leur métier. A titre d'exemple, les automates de laboratoire devenant chaque jour plus performants, plus fiables et plus rapides, les techniciens de laboratoires sont dans l'obligation de s'acclimater à ces circonstances nouvelles, de se diversifier, de réorienter leur travail, voire même de changer de voie professionnelle. De la même manière, le développement de la télémédecine amène une modification du travail des manipulateurs de radiologie, devant réaliser des coupes et des clichés parfaits et précis, permettant leur lecture et leur interprétation à distance par les radiologues.

Ensuite, la logique de gestion médicalisée des dépenses de santé induit l'imprégnation de plus en plus profonde de la notion de performance dans l'exercice des métiers de la FPH, plaçant les compétences dans un contexte de maîtrise des coûts. . L'impératif d'efficience bouscule les organisations. Cela conduit à une modification importante des pratiques, et une adaptation des métiers à ce contexte différent.

Par ailleurs, de nombreuses normes réglementaires et d'exigences de démarche qualité viennent modifier de façon significative la conduite des prises en charge des patients, et, plus largement, le rapport avec l'usager. Le personnel est de plus en plus tenu de suivre des protocoles précis, définis, de tracer l'activité et les actes. Dans le même temps, il doit toujours davantage rendre compte à l'usager qui a, légitimement pour une grande part, de nouvelles revendications en termes d'information. L'ensemble des établissements de santé connaissent ainsi une augmentation des actions de formation liées à des exigences de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour satisfaire aux visites de certification.

Enfin, l'ensemble de ces mutations se fait dans un contexte de plus en plus inquiétant de tensions démographiques des professions médicales et paramédicales. Les difficultés de recrutement rencontrées par exemple pour les infirmières dans de nombreuses régions, notamment l'Île de France, acculent les établissements de santé à repenser leurs organisations, à modifier leurs modes de prises en charge, et également à renoncer parfois à certaines activités. La Bretagne, terrain d'étude de ce mémoire, semble pour le moment échapper, au moins dans sa partie orientale, à ce phénomène, mais les recrutements s'avèrent de plus en plus compliqués, ce qui amène les établissements rennais à procéder à des publications d'annonce, ce qu'ils n'étaient pas contraints de faire

jusqu'alors. Cette situation a de nombreuses conséquences et modifie sensiblement les choix opérés en matière de formation des établissements publics de santé : développement de la promotion professionnelle, de la VAE, du tutorat par exemple.

C) Un phénomène échappant à la psychiatrie ?

L'ensemble de ces constats apparaît pour partie moins sensible dans les établissements de santé mentale comme le Centre Hospitalier Guillaume Régnier. En effet, la politique de formation en psychiatrie semble moins bousculée par les mutations hospitalières, du fait d'une part de la non-application de la tarification à l'activité pour le moment et d'autre part de la stabilité apparente des métiers.

Mais la santé mentale est en fait également un secteur en évolution, qui contraint les établissements et leurs personnels à s'adapter. On peut citer tout d'abord la nouvelle incitation forte des services de psychiatrie au recensement de leur activité, en vue prochaine d'une tarification à l'activité qui, si elle est encore repoussée, apparaît néanmoins aujourd'hui inexorable. En ce qui concerne les évolutions des prises en charge, les pratiques intersectorielles qui demandent une spécialisation sur certains champs se développent. Les établissements adoptent une approche intersectorielle dans le champ de l'addictologie, de la gérontopsychiatrie ou encore de la prise en charge de l'autisme. Les modes d'interventions évoluent également avec le développement toujours plus important du champ ambulatoire, voire même d'équipes mobiles. Les partenariats avec le milieu associatif, la ville, les conseils généraux, déjà très étendus, sont complétés par de nouvelles coopérations, comme par exemple le ministère de la justice pour les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA)¹⁰.

Ce mouvement d'évolution des prises en charge en psychiatrie vers un mode toujours moins asilaire, et qui conduit au développement de structures ambulatoires, se traduit également dans la transformation de certains lits sanitaires en places dans le secteur médico-social. En effet, de plus en plus d'établissements de santé mentale ouvrent des structures médico-sociales comme des Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ou encore des Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) destinés à accueillir leurs patients psychotiques stabilisés dans des unités moins sanitaires et dans lesquels l'approche sera pluridisciplinaire. Ces créations, le plus souvent réalisées par conversion de lits sanitaires, induisent une diversification du personnel qui n'est dès lors plus exclusivement soignant mais aussi éducatif. Les établissements sont par exemple amenés à recruter ou bien

¹⁰ La création des UHSA a été préconisée dans la loi 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice. La première d'entre elles a vu le jour au mois de juin 2010 au Centre Hospitalier du Vinatier à Bron, et est destinée à l'accueil de détenus nécessitant une hospitalisation en service de psychiatrie, dans un lieu adapté, ayant recours à du personnel hospitalier et du personnel pénitentiaire. Une UHSA est en cours de construction au CHGR de Rennes.

entendu à former des moniteurs éducateurs ou des éducateurs spécialisés qui vont diversifier les prises en charge des résidents.

Enfin, le développement important de la recherche en psychiatrie laisse entrevoir de nouveaux métiers, comme par exemple celui d'infirmière de recherche en psychiatrie.

Parallèlement à ces transformations qui, si elles paraissent plus ténues que dans le champ Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) sont toutefois significatives, a lieu un autre mouvement qui modifie de façon importante les compétences du personnel infirmier du champ de la santé mentale, et de ce fait conditionne la politique de formation poursuivie par les établissements dans ce secteur. En effet, la disparition du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique¹¹ a un impact important sur la structure du personnel des établissements de santé mentale, qui ne comptent plus aujourd'hui qu'une part minime de professionnels titulaires de cette formation initiale spécifique. Cette situation oblige à un renforcement massif des formations en psychiatrie et santé mentale des jeunes professionnels infirmiers qui n'ont de fait pas le « bagage » théorique des anciens infirmiers de secteur psychiatrique. Le récent rapport Couty¹² mettait en valeur cette fragilité des compétences des infirmiers de soins généraux et la nécessité d'une formation initiale complémentaire, pouvant prendre par exemple la forme d'un master professionnel de spécialisation en psychiatrie pour les infirmiers. L'ensemble de ces réflexions se place par ailleurs dans le mouvement plus large de réforme Licence Master Doctorat (LMD) qui touche aussi les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI). Cette réforme conditionnera de fait la FPTLV, qui se place toujours en continuité de la formation initiale.

En plus de ces évolutions importantes des métiers dans la FPH, l'organisation de l'hôpital connaît des modifications profondes, qu'elles soient endogènes ou exogènes.

1.1.2 L'hôpital contraint de repenser son organisation externe et interne

La loi du 21 juillet 2009¹³ dite loi HPST réforme en profondeur l'hôpital, tant du point de vue de son organisation interne que dans son positionnement au sein de son territoire de santé.

¹¹ C'est le décret du 23 mars 1992 relatif au programme des études en soins infirmiers qui met fin aux études séparées entre infirmiers de secteur psychiatrique et infirmier diplômés d'Etat.

¹² « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie » rapport présenté à Madame Bachelot-Narquin, Ministre de la santé et des sports, établi par Monsieur Edouard Couty, Conseiller Maître à la Cour des Comptes ; rapporteurs Patrick Broudic et Dominique Noire, Conseillers Généraux des Etablissements de Santé

¹³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

A) Une réforme de l'organisation interne : la nouvelle gouvernance

a) *Une nouvelle gouvernance en permanente construction*

La nouvelle gouvernance est apparue depuis 2005 avec deux objectifs. Le premier était de favoriser la gestion médico-économique de l'hôpital par un partenariat resserré entre direction administrative et médecins. Le second était de décloisonner l'hôpital et amorcer un mouvement de délégation de gestion au profit de pôles d'activités cliniques et médico-techniques.

Cette réforme, qui avait mis en place le conseil exécutif, a été modifiée par la loi HPST qui a substitué le directoire au conseil exécutif. En termes d'organisation polaire, les champs de la délégation sont à la fois étendus et précisés dans le cadre des décrets d'application qui confèrent aux chefs de pôle de véritables responsabilités en termes de gestion, notamment de crédits et d'effectifs.

L'impact de la réforme de la nouvelle gouvernance est double sur la formation professionnelle. D'une part, il modifie l'organisation de la politique de formation en conférant aux pôles une responsabilité et une délégation sur ce champ qui favorisent la proximité de l'élaboration des besoins mais interrogent la cohérence institutionnelle. D'autre part, la mise en œuvre de cette réforme nécessite un accompagnement pour lequel la réforme peut constituer une réponse intéressante.

b) *Une appropriation difficile en psychiatrie*

La nouvelle gouvernance, si elle connaît des mises en œuvre disparates selon les établissements, n'est encore que partiellement mise en place dans les établissements de santé mentale, où les pôles ont souvent été calqués sur les secteurs.

L'organisation sectorielle de la psychiatrie, mise en place dès 1960 à travers la circulaire du 15 mars 1960¹⁴, repose sur les principes d'un panier de soins complet. Elle permet une prise en charge en hospitalisation complète en cas de crise (ou pour des pathologies chroniques ne permettant pas un maintien au domicile), mais aussi en ambulatoire par l'intermédiaire de structures diverses devant répondre à l'ensemble des pathologies et des besoins de la population. Ce système a vocation à assurer une continuité des soins alliant des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion coordonnées à l'échelle du secteur. Or la mise en place des pôles est vécue par certains psychiatres comme l'abandon de ce système, au profit d'une logique de regroupements contraire à la logique territoriale prédominant dans le secteur.

¹⁴ CIRCULAIRE du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

A titre d'illustration de cette grande frilosité, une coordination de psychiatres publics d'Ile de France s'est mobilisée en septembre 2010 pour freiner l'application de la loi HPST. Le Dr Norbert Skurnik, par ailleurs président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) du groupe hospitalier Maison Blanche explique ce mouvement : « La loi HPST s'applique un peu partout mais sans mesures spécifiques à la psychiatrie, contrairement à ce qui avait été promis. Des directeurs d'hôpital prennent des décisions sur la mise en place de pôles, la désignation des chefs de pôle sans tenir compte de l'avis des médecins ou du président de CME ». La coordination des psychiatres publics d'Ile de France demande des précisions sur plusieurs points laissés en suspens: la place du secteur de psychiatrie, qui doit demeurer, selon elle, « l'entité de base réglementaire de la psychiatrie publique »; la reconnaissance d'une territorialité spécifique pour la psychiatrie; la préservation d'un budget spécifique pour la discipline; le maintien de modalités particulières de nomination des psychiatres des hôpitaux. Cette position est assez révélatrice d'une discipline qui se montre rétive au changement, et pour laquelle l'instauration des pôles n'est pas adaptée aux besoins des usagers.

Enfin, l'absence d'application de la tarification à l'activité réduit pour le moment l'intérêt de la réflexion polaire, et le retard constaté dans le contrôle de gestion dans les établissements de santé mentale ne permet pas pour le moment de doter les chefs de pôles d'outils qui permettraient une réelle implication et une réelle motivation dans la délégation de gestion.

La loi HPST entérine également un mouvement majeur de recomposition de l'offre de soins initié depuis trente ans mais qui subit une accélération importante depuis les ordonnances Juppé de 1996¹⁵.

B) L'hôpital au cœur de la recomposition de l'offre de soins

La loi dite HPST suggère de plus en plus le glissement d'une coopération incitée à une coopération imposée, ou du moins fortement suggérée. Or ce mouvement de coopération et d'intégration a un impact majeur sur la gestion des ressources humaines et les métiers. En effet, à titre d'illustration, en ce qui concerne les Communautés Hospitalières de Territoires (CHT), l'article L 6132-2 du code de la santé publique précise : « la convention de communauté hospitalière de territoire définit le projet médical commun de la communauté hospitalière de territoire et les compétences et activités qui seront déléguées ou transférées entre les établissements (...), les modalités de coopération

¹⁵ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée et ordonnance n°96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale

entre les établissements en matière de gestion et les modalités de mise en commun des ressources humaines »¹⁶. La coopération en termes d'activités médicales doit donc bien se traduire, dans la convention constitutive de la CHT, par des démarches en matière de gestion des ressources humaines. Cela a donc en cette matière deux conséquences majeures. D'une part, cela induit une refonte des règles de gestion des ressources humaines pour parvenir à une démarche commune entre les établissements membres de la CHT. La gestion du temps de travail, des carrières, des promotions professionnelles doivent être harmonisées pour offrir une politique de ressources humaines cohérente et garantir l'équité entre les agents des différents établissements membres de la CHT. D'autre part, cela implique la recombinaison des pôles et des unités vers une mutualisation la plus grande possible. La volonté d'une gestion optimale par la mise en commun de moyens et les économies d'échelle afférentes induisent en effet des restructurations importantes des services, qu'ils soient de soins, administratifs, techniques ou médico-techniques.

Les fonctions support sont les premières concernées puisque les fonctions logistiques et administratives constituent souvent les socles des premières mutualisations de moyens, qui se traduisent par des modifications sinon de métiers, du moins de postes ou de fonctions. Mais, de la même manière, les Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) ou les CHT impliquent des regroupements d'activités de soins et des redéploiements de personnel qui bousculent les organisations, les postes des personnels et obligent à redéfinir les fonctions des personnels soignants ou médico-techniques pour répondre aux nouvelles activités déployées. Les conversions de lits de médecine en lits de soins de suite, ou bien encore les fermetures de blocs constituent en cela des exemples saillants qui accablent le directeur des ressources humaines, en lien avec le directeur des soins, à anticiper ses modifications et à répondre le mieux possible à ces changements, à travers l'ensemble du panel de démarches de GPMC, dont celle de la formation.

Dès lors, l'accompagnement du personnel dans le contexte de la réforme en cours recouvre deux notions. D'une part, il s'agit d'adapter les compétences et les profils des personnels disponibles aux modifications de l'activité et de l'organisation, à travers une démarche de GPMC construite et basée sur le projet d'établissement (ou de CHT). D'autre part, il s'agit plus largement d'accompagner le changement.

¹⁶ article 22 de la loi HPST sus-citée

1.2 Face à ces évolutions, la formation est un levier d'évolution des compétences et d'accompagnement du changement

La formation continue dans la fonction publique hospitalière constitue depuis longtemps un ancrage majeur, puisque le taux d'accès à la formation y est plus élevé que dans le secteur privé et même dans les autres fonctions publiques (cf. infra). Par ailleurs, la formation se développe encore puisqu'en 2009, le nombre de stagiaires s'est encore accru pour un taux de départ des agents de la FPH de 58,6% (contre environ 57,1% en 2008). Le nombre de départs en formation a lui augmenté de plus de 7% soit 60 097 départs supplémentaires en 2009 par rapport à 2008.¹⁷

Au niveau de la Bretagne, les statistiques sont encore plus élevées car 35 000 agents sont partis au moins un jour en formation, soit 2/3 des agents hospitaliers.

Le décret du 21 août 2008 présente des principes ambitieux de développement de la formation et de l'articulation des besoins individuels et collectifs, que nous développerons plus avant, mais il apparaît en premier lieu que la mise en œuvre d'une politique de formation s'appuie sur la définition des besoins.

1.2.1 Un préalable : la définition des besoins de formation

La définition des besoins est un pré-requis fondamental d'une politique de formation qui s'attache à la réduction des écarts entre compétences requises et compétences disponibles (que ce soit au niveau collectif ou au niveau individuel). La construction d'un plan de formation nécessite au préalable la définition des objectifs en termes d'évolution des compétences et des métiers.

Amorcée depuis longtemps à travers la Gestion Prévisionnelle des **Emplois** et des Compétences (GPEC), la démarche a été à la fois généralisée et affinée dans les établissements de santé sous le terme de Gestion Prévisionnelle des **Métiers** et des Compétences, dans le cadre de la création et du développement du répertoire des métiers. Cette étape marque le souhait de véritablement articuler gestion des compétences et évolution des métiers, en tendant à une analyse non plus en termes de statuts ou de grades mais bien en termes de métiers. Dans le prolongement, à travers la circulaire DHOS du 9 octobre 2007¹⁸, le ministère de la santé a appelé à sa mise en

¹⁷ L'ensemble de ces chiffres sont issus des rapports d'activités 2008 et 2009 de l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier.

¹⁸ CIRCULAIRE N°DHOS/P1/2007/369 du 9 Octobre 2007 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) 2007 de projets visant à renforcer la gestion des ressources humaines dans les établissements de santé

œuvre dans tous les établissements. Cette circulaire précise : « les établissements de santé doivent compléter leur gestion administrative et statutaire par une gestion davantage orientée vers une gestion des métiers et des compétences qui peut seule répondre aux enjeux de professionnalisation des métiers du secteur de la santé. ». La DHOS a par ailleurs accordé quelques financements dédiés pour favoriser l'impulsion de cette démarche auprès des établissements.

La collision de la logique « projet d'établissement » et de la logique « projet professionnel » est le cœur de la démarche GPMC dans laquelle la formation s'intègre.

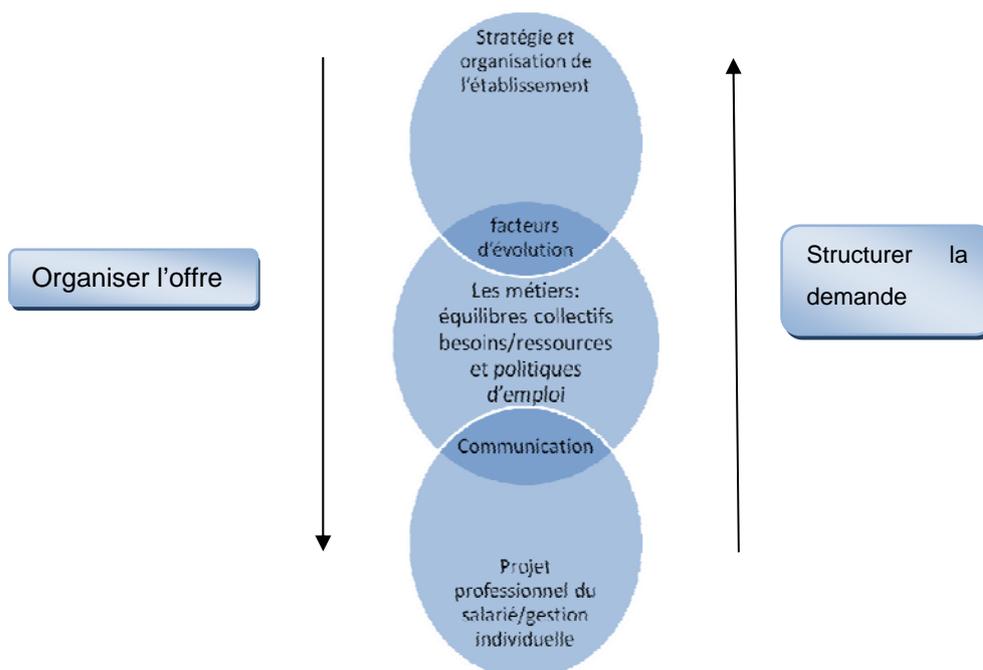


Schéma : La gestion anticipée de l'emploi et des compétences, une aide à la décision, une rencontre entre deux projets

Source : Pascale LIMOGES, page 171 in O.DERENNES et A.LUCAS, 2005, Le développement des ressources humaines, tome 2, Rennes, éditions ENSP, 445 p

Le schéma ci-dessus illustre bien cette collision : « l'offre » de métiers et d'emplois structurée à partir de la rédaction du projet d'établissement doit rencontrer la « demande » d'évolution professionnelle de l'agent qui construit son projet. Pascale Limoges précise : « la gestion prévisionnelle de l'emploi va reposer sur la capacité de l'établissement à accompagner l'agent dans la formulation, la clarification de ses attentes et à confronter ses attentes aux orientations de l'établissement. Les projets professionnels ne pourront se développer que si les politiques d'établissements sont bien visibles ; et que l'offre métier correspondante est bien identifiée »¹⁹. La stratégie de l'établissement ne vient plus dès lors en contradiction avec le projet individuel mais en constitue plutôt son

¹⁹ Pascale LIMOGES, page 170 in O.DERENNES et A.LUCAS, 2005, Le développement des ressources humaines, tome 2, Rennes, éditions ENSP, 445 p

moteur. Elle doit être pour cela précisément définie, anticipée, et amendée en fonction des évaluations réalisées.

Les liens entre démarche GPMC et décret du 21 août 2008 sont dès lors évidents. En effet, comme l'indique Alain Michel, président de l'Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH), « la démarche GPMC s'appuie notamment sur les outils offerts par la formation professionnelle tout au long de la vie pour permettre l'adéquation des besoins à la stratégie de l'établissement, mais également pour sécuriser les parcours professionnels »²⁰. La « complémentarité évidente » que constate Alain Michel entre FPTLV et GPMC a d'ailleurs amené l'ANFH à se positionner sur ce champ pour accompagner les établissements dans cette démarche. L'association anticipe le mouvement mis en œuvre dans le secteur privé à travers la loi du 24 novembre 2009 réformant la formation professionnelle dans le secteur privé²¹ qui accorde aux organismes paritaires collecteurs agréés des missions élargies en particulier sur le champ de la GPMC.

La complémentarité entre démarche GPMC et décret sur la FPTLV prend notamment forme à travers le document pluriannuel d'orientation de la formation des agents qui doit être élaboré dans chaque établissement et soumis pour avis au Comité Technique d'Etablissement (CTE). « Ce document d'orientation est fondé sur l'analyse de l'évolution des effectifs, des emplois, des compétences et des missions de l'établissement. Il porte sur les priorités, les objectifs et les moyens de la formation professionnelle des agents au regard de ces évolutions. »²² L'obligation d'élaborer et de présenter ce plan pluriannuel place la formation non plus seulement dans le cadre de l'annualité budgétaire, mais bien dans une démarche à plus long terme, et qui exige de la part des établissements d'anticiper les besoins en termes d'évolution des compétences (promotions professionnelles, nouveaux métiers, évolutions technologiques, exigences de la certification etc...)

Mettre en valeur ce besoin ne signifie pas que tout aille de soi. En effet, cette démarche est difficile et longue à mettre en place, et sa réussite dépend d'une forte implication des cadres dont il faut requérir l'adhésion. Certes ce processus n'est encore que partiellement engagé mais cela ne signifie évidemment pas que les établissements n'anticipent pas ou n'évaluent pas leurs besoins. Ce travail est souvent réalisé sur les métiers sensibles, les

²⁰ in Alain Michel, « l'ANFH et la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences », Revue hospitalière de France, mai-juin 2010, p.36 à 38.

²¹ Loi n° 2009-1437 du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie

²² Décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière

créations d'activités nouvelles ou les reconversions. Mais cette démarche requiert d'être plus organisée et plus systématisée.

1.2.2 De la Formation Continue à la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie: d'une formation catalogue à une formation co-investie :

Le décret du 21 août 2008 propose une politique nationale de formation entièrement refondue. Il couvre l'ensemble du champ de la formation, et a fait l'objet d'un accompagnement important de mise en œuvre auprès des établissements par l'ANFH. Le décret dote les établissements et les agents d'outils permettant un meilleur partage de l'initiative de la formation, en vue d'en faire une politique plus prospective et plus partagée.

Ces dispositifs nouveaux s'effectuent dans une grille de lecture plus précise : la catégorisation des actions de formation. Destinée à éclairer les dispositifs en fonction de la nature des formations suivies par l'agent, sa complexité a d'ores et déjà amené le secteur privé à une simplification de l'outil, qui sera vraisemblablement décidée bientôt dans la fonction publique également.

- A) Des dispositifs nouveaux qui placent l'agent comme acteur de sa formation : le Droit Individuel à la Formation, la période de professionnalisation et le passeport formation.

Le décret FPTLV a véritablement placé l'agent au cœur de la politique de formation, en lui offrant des dispositifs individualisés et pour lesquels son initiative est largement accrue. La complémentarité de ces nouveaux droits à la politique institutionnelle de formation est un enjeu majeur de la réforme pour les établissements.

a) Le Droit Individuel à la Formation (DIF)

Le DIF est un droit reconnu à chaque agent de demander une formation dans le cadre d'un contingent d'heures attribué annuellement. Il est une des modalités du plan de formation qui donne accès pour les agents à des actions de formation à leur initiative sous réserve de l'accord de l'employeur. Les droits pouvant être acquis sont de vingt heures par an pour un agent à temps plein. Ils sont cumulables jusqu'à cent-vingt heures et anticipables à hauteur des droits déjà acquis. Les droits sont transférables dans un autre établissement de santé, voire auprès d'une autre administration.

Le terme « individuel » a créé de nombreuses craintes dans le secteur hospitalier, notamment celle d'un droit qui s'imposerait aux hôpitaux qui n'auraient dès lors en tête que d'en limiter l'impact.

Certes, il est indéniable que le DIF constitue un droit nouveau qui peut, dans une certaine mesure, amener l'établissement à recevoir une demande de formation qui ne correspond pas à ses choix institutionnels. Mais cette vision première est à relativiser.

D'abord, le DIF peut se positionner comme un moyen de faire émerger les besoins de demain, alors que jusqu'à maintenant l'hôpital soumis à des contraintes de gestion croissantes ne semble préoccupé que par le seul maintien ou le retour à un équilibre précaire. Hélène de Faverges, DRH à l'hôpital Ambroise Paré (APHP) précise : « Tel est l'enjeu du DIF aujourd'hui : aider à cibler ce qui relève de la politique institutionnelle et ce qui relève du choix librement consenti de l'agent, avec l'idée de fond que l'institution peut accompagner les projets de ses agents mais n'a pas vocation à les subir. »²³ L'enjeu, pour que l'institution ne soit pas perdante et qu'elle ne « subisse » pas ce droit, est de réussir la bascule entre ce qui relevait de la formation continue et ce qui relèvera du DIF.

Par ailleurs le DIF ouvre des perspectives intéressantes, notamment celle de favoriser l'émergence de profils soucieux d'évoluer et de maintenir ou élever leurs compétences et leurs connaissances.

Enfin, les statistiques de recours au DIF dans le privé ou encore dans la fonction publique territoriale encouragent à relativiser l'impact probable de ce DIF, car il ne sera probablement pas fait un usage immodéré de ce droit, d'autant qu'il s'agit toujours d'un droit à **solliciter** une formation, et non à l'**obtenir**.

Un objectif pour le Directeur des Ressources Humaines peut donc être de faire « vivre le DIF », en évitant un « blocage de compteurs » à cent-vingt heures, et de favoriser la cohérence des projets individuels avec la démarche institutionnelle. C'est aussi envisager un management participatif où l'initiative individuelle n'est pas toujours envisagée comme une initiative individualiste mais qu'elle peut révéler des besoins collectifs, nécessaires à l'établissement dans son ensemble.

b) La période de professionnalisation

Moins commentée que le DIF, mais probablement plus restructurante, la période de professionnalisation constitue un dispositif individualisé intéressant. Elle a en effet pour objet de prévenir les risques d'inadaptation des agents à l'évolution des méthodes et des techniques ou de favoriser leur accès à des emplois exigeant des compétences nouvelles ou correspondant à des activités professionnelles ou à des qualifications différentes. Elle s'apparente à la période de professionnalisation mise en place dans le secteur privé en

²³ H. de FAVERGES, janvier 2010, *le DIF et la Fonction Publique Hospitalière*, Santé RH – la lettre des Etablissements Sanitaires, Sociaux et Médico-Sociaux, n° 13, pp.14-19

vue de favoriser le maintien des salariés dans leur emploi tout en leur permettant d'obtenir une qualification ou de suivre une action de formation.

La période de professionnalisation à l'hôpital repose sur l'alternance d'une activité de service et d'actions de formation, et ce sur une durée maximale de 6 mois. Les périodes de stage sont encadrées par un tuteur. Ce dispositif de formation peut être demandé par l'agent ou proposé par l'établissement. Dans le cas d'une initiative de l'agent, l'établissement a deux mois pour se prononcer.

Les périodes de professionnalisation sont ouvertes aux agents devant répondre à un des six critères suivants : l'âge (au moins quarante-cinq ans) ; une qualification inadaptée au regard de l'évolution des technologies et de l'organisation du travail ; une situation de reconversion professionnelle, de reclassement ou d'inaptitude physique ; un projet de création ou de reprise d'une entreprise ; une reprise d'activité professionnelle après un congé de maternité ou après un congé parental et enfin une situation de handicap. Une convention est signée entre l'établissement et l'agent aux fins de définir le déroulement de la période de professionnalisation, l'articulation entre les actions de formation et les stages, et enfin les modalités d'évaluation et d'intégration dans le nouveau métier et/ou le nouveau poste.

Ce dispositif peut par conséquent constituer un outil de management intéressant à destination d'agents qui se retrouvent en difficulté pour continuer à exercer leurs fonctions. L'idée est bien celle d'un projet individualisé de formation couplé à un stage sur le terrain, sous la responsabilité d'un tuteur, ce qui permet une complémentarité entre apports théoriques et expérience pratique. Le modèle conventionnel retenu est aussi un gage réciproque de la conduite du projet qui peut favoriser une reconversion professionnelle dans les meilleures conditions possibles.

c) Le passeport formation

Le décret du 21 août 2008 a également instauré un nouveau document, le passeport de formation, qui doit être remis à chaque agent par l'établissement. Ce passeport est destiné à recenser ses diplômes et ses titres, la nature et la durée des actions de formation auxquelles il a participé comme bénéficiaire dans le cadre de la formation continue ou de la validation des acquis de l'expérience (ou qu'il a animé en tant que formateur). Il permet aussi de mentionner les emplois qu'il a exercés et les aptitudes professionnelles qu'il a mises en œuvre dans le cadre de ces emplois. Le passeport formation est propriété de l'agent qui le remplit et le garde en sa possession. L'établissement doit par contre fournir les informations nécessaires à son remplissage.

Le risque important de ce type d'outils est évidemment qu'il s'avère très vite obsolète car non actualisé, et que les agents ne s'en saisissent pas pour en faire un outil de gestion individualisée des compétences et surtout de construction de leur parcours professionnel. Par ailleurs, d'un point de vue pratique, il pose deux types de problèmes aux établissements dans sa mise en place. D'une part, le choix du support n'est pas forcément consensuel car, si le papier paraît obsolète, le support électronique exige un accès facile à tous les agents à un ordinateur du fait de l'universalité du dispositif. Les syndicats sont très souvent attachés à l'octroi d'un document écrit dans un souci d'égalité d'accès, avec les lourdeurs et les difficultés de mise à jour que cela entraîne. D'autre part, la mise à disposition des données aux agents peut s'avérer complexe et chronophage mais devrait être facilitée par les nouvelles fonctionnalités du logiciel GESFORM, dont ne dispose pas néanmoins la totalité des établissements adhérents à l'Organisme Paritaire Collecteur Agréé (OPCA).

En complément de ces dispositifs favorisant l'initiative individuelle, le décret FPTLV contraint les établissements à une politique de formation plus transparente.

B) L'impératif de communication

La communication interne, comme nous l'avons présentée ci-dessus, est renforcée par la présentation au CTE du plan pluriannuel de formation. La réforme de la FPTLV instaure également un outil de communication externe nouveau qui impose aux établissements une politique transparente auprès des autorités de régulation. En effet, chaque établissement doit fournir annuellement à l'Agence Régionale de Santé (ARS) un rapport d'exécution annuel de l'effort de formation. Il est destiné à mesurer la satisfaction de l'établissement aux obligations légales d'affectation des sommes à la politique de formation. Mais de façon plus large, il traduit bien la part de l'effort financier supporté par l'établissement en vue de l'amélioration des compétences de ses agents.

La politique de formation doit donc pouvoir être plus visible et plus lisible tant d'un point de vue interne qu'externe.

La réforme de la formation s'effectue enfin dans le cadre d'un financement en augmentation mais dont la structuration reste complexe.

C) Des financements accrus depuis plusieurs années mais un mode de financement qui reste complexe

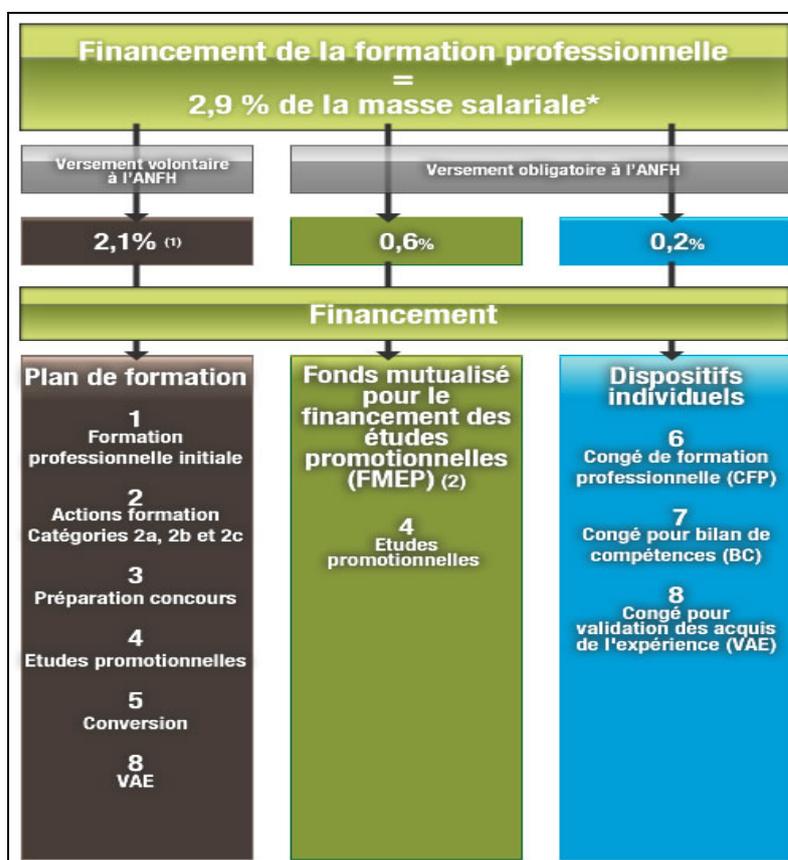
Le financement de la formation repose sur trois fonds distincts destinés à financer trois types d'actions de formation. Ces fonds sont gérés en totalité par l'ANFH dans le cas des

établissements adhérents à l'association (soit 92,5 % des établissements de la fonction publique hospitalière en 2009), ou partiellement pour les 7,5 % restants.

Ces trois fonds sont les suivants :

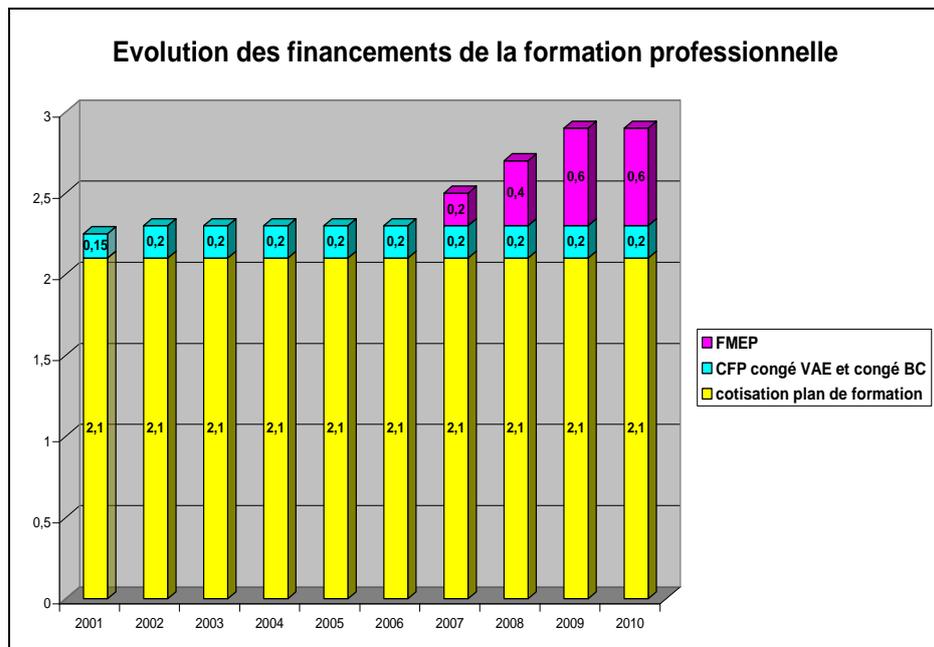
- 2,1% de la masse salariale pour les actions du plan de formation (y compris le DIF)
- 0,2 % de la masse salariale pour les actions de formation à l'initiative des agents en vue de leur formation personnelle, soit les Congés de Formation Professionnelle (CFP) et congé pour bilan de compétences et le congé complémentaire VAE
- 0,6 % de la masse salariale pour le Financement du Fonds Mutualisé des Etudes Promotionnelles (FMEP)

Le schéma ci-dessous présente plus précisément les modalités de financement de la formation professionnelle dans la FPH.



Source : Site de l'Association Nationale pour la Formation Permanente du Personnel Hospitalier, guide du Responsable de Formation Continue (RFC)

Or les fonds consacrés à la formation présentés ci-dessus n'ont pas toujours été à cette hauteur et ont bénéficié d'une augmentation importante, faisant passer le montant obligatoire de l'effort de formation de l'établissement de 2,25 % de la masse salariale en 2001 à 2,9 % depuis 2009.



La formation constitue donc aujourd’hui un poste de dépenses important pour les établissements de santé, et a bénéficié d’un accroissement important notamment sur les champs de la promotion professionnelle et des dispositifs individuels hors plan (Congé de Formation Professionnelle-CFP- notamment).

Toutefois, si ces financements sont conséquents, il apparaît que le modèle n’a pour sa part pas été simplifié. Et le constat de sa complexité est ancien. En effet, des 1999, Gérard Lindeperg, dans un rapport intitulé « Acteurs de la formation professionnelle : une nouvelle donne (1999) », y dénonçait déjà « le chevauchement des responsabilités, l’enchevêtrement des dispositifs et la sédimentation des instances de concertation au cours des quarante dernières années. ». Le financement est encore complexe aujourd’hui, notamment dans la répartition et dans l’utilisation de la cotisation des 2,1% (répartis entre ce qui revient à l’établissement dans le cadre de la péréquation, ce qui constitue l’enveloppe régionale et ce qui alimente l’enveloppe nationale), mais également dans la partie études promotionnelles dont le financement peut relever du FMEP (Fonds Mutualisé des Etudes Promotionnelles) mais également du FORMEP (Fonds Régionalisé des Etudes Promotionnelles) ou encore de plus en plus du CFP.

Néanmoins, l’agrément en Organisme Paritaire Collecteur de l’ANFH en 2007 a dans une certaine mesure clarifié ces financements en faisant relever de cet organisme la totalité de la cotisation des hôpitaux membres. Parallèlement, l’augmentation des établissements adhérents, menant à une adhésion massive des établissements relevant de la FPH, harmonise les modes de financement entre les hôpitaux.

Au-delà des dispositifs nouveaux qu’elle instaure, la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie est un vecteur important dans la conduite du changement qui s’avère

nécessaire aujourd'hui à l'hôpital, dans le contexte de mouvance que nous avons décrit ci-dessus.

1.2.3 La Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie est enfin un outil fondamental d'accompagnement du changement

Si la formation est un outil de conduite du changement par l'amélioration et l'adaptation des compétences qu'elle induit, son rôle va au-delà. En effet, aucun changement, y compris destiné manifestement à une amélioration du service rendu, des conditions de travail ou de l'efficience, n'est exempt d'une forme de résistance. Celle-ci paraît même inhérente au changement, en ce que ce dernier bouscule les acquis, les habitudes, les savoir-faire identifiés et maîtrisés (ou vécus ainsi). Et en cela, la formation peut être un vrai levier managérial.

Les nombreuses restructurations que connaissent les hôpitaux aujourd'hui nécessitent un accompagnement des agents vers la nouvelle organisation, la nouvelle dynamique souhaitée, voire même la nouvelle activité à développer. En ce sens, se développent de plus en plus des formations dites « formations-actions » dont l'objectif est d'amener le groupe concerné par le changement à élaborer son projet dans le cadre d'une formation, avec l'accompagnement méthodologique d'un formateur. Ainsi, l'hôpital de Belle-Ile en mer s'est fait accompagner de cette manière pour l'élaboration du projet de service de son nouveau Foyer D'accueil Médicalisé (ouvert par transformation de lits sanitaires). Derrière l'objectif annoncé et fondamental de l'écriture du projet de service, une autre finalité de cette formation était de parvenir à faire évoluer les équipes soignantes vers une démarche plus médico-sociale, et à pouvoir intégrer dans les équipes des personnels éducatifs afin de répondre à la problématique des résidents accueillis. L'accompagnement de la démarche du projet de service, et surtout son appropriation par l'ensemble des équipes a été permise par ce choix d'une formation-action qui a concerné l'ensemble des agents de ce foyer (soit 63 agents). De même le Centre Hospitalier Guillaume Régnier a fait ce choix pour accompagner la démarche de nouvelle gouvernance de l'établissement, en trois étapes : définition du périmètre des pôles, élaboration d'une charte de la nouvelle gouvernance et des règles de délégation dans l'établissement puis accompagnement dans l'écriture des premiers contrats.

Cette forme de maïeutique par la formation se développe beaucoup, et semble véritablement répondre à un besoin des établissements. Il faut toutefois rester prudents sur son utilisation, et ne pas faire porter par la formation ce qui relève de l'audit des organisations.

La Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie, à travers le décret qui l'instaure et dans le contexte de la nouvelle gouvernance est donc un outil fondamental d'une démarche de GPMC dans ses deux dimensions :

- la dimension collective, c'est-à-dire la stratégie de l'établissement.
- la dimension individuelle à travers la construction et la sécurisation des parcours professionnels.

La GPMC peut impliquer, du fait de la dimension collective et institutionnelle, des réorganisations qui sont évidemment à conduire et à faciliter mais tout en préservant la sécurisation des parcours professionnels. Et c'est bien dans l'articulation de ces deux dimensions que la formation prend tout son sens et permet qu'elles ne soient pas contradictoires mais bien complémentaires. L'enjeu pour rendre cette complémentarité possible est une qualité d'anticipation des besoins, une structuration pluriannuelle du plan et la concertation interne.

Nous allons voir comment opérer cette évolution dans la politique de formation d'un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, le Centre Hospitalier Guillaume Rénier (CHGR) à Rennes.

2 La réforme de la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie et la nouvelle gouvernance : une opportunité d'améliorer le dispositif de formation du CHGR

Le Centre Hospitalier Guillaume Rénier est un établissement d'environ 2350 agents non médicaux, dont 1750 titulaires. Cet établissement couvre huit secteurs de psychiatrie adulte et trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, c'est-à-dire les besoins de santé du département de l'Ille et Vilaine hormis les secteurs de Saint-Malo pour les secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile, ainsi que celui de Redon pour la psychiatrie générale. Par ailleurs, les modalités de prise en charge du patient sont diverses pour s'adapter au mieux à l'état et aux besoins de ce dernier. Il en résulte l'existence, en plus du site principal situé à Rennes et de l'ensemble des unités ambulatoires disséminées dans tout le département, de nombreuses structures dispersées géographiquement : Unité de Soins de Longue Durée, EHPAD, Maison D'accueil Spécialisée (MAS), un pôle d'addictologie, un Service Médico-Psychologique Régional (SMPR), un Service d'Accueil et de Soins pour adolescents et jeunes adultes.

La dispersion des activités et des personnels dans une myriade de sites rend complexe le recueil des besoins et la démarche de formation. Après avoir présenté la politique et l'organisation de la formation professionnelle au CHGR, nous proposerons des pistes d'amélioration, en faisant de la réforme le levier d'action.

2.1 Une politique de formation dynamique mais insuffisamment structurée.

La politique de formation fait globalement consensus au sein de l'hôpital, où l'effort de formation est significatif, tant au niveau de l'adaptation à l'emploi qu'en matière de concours, de promotion professionnelle ou de développement professionnel personnel. Mais sa lisibilité et sa structuration doivent être améliorées.

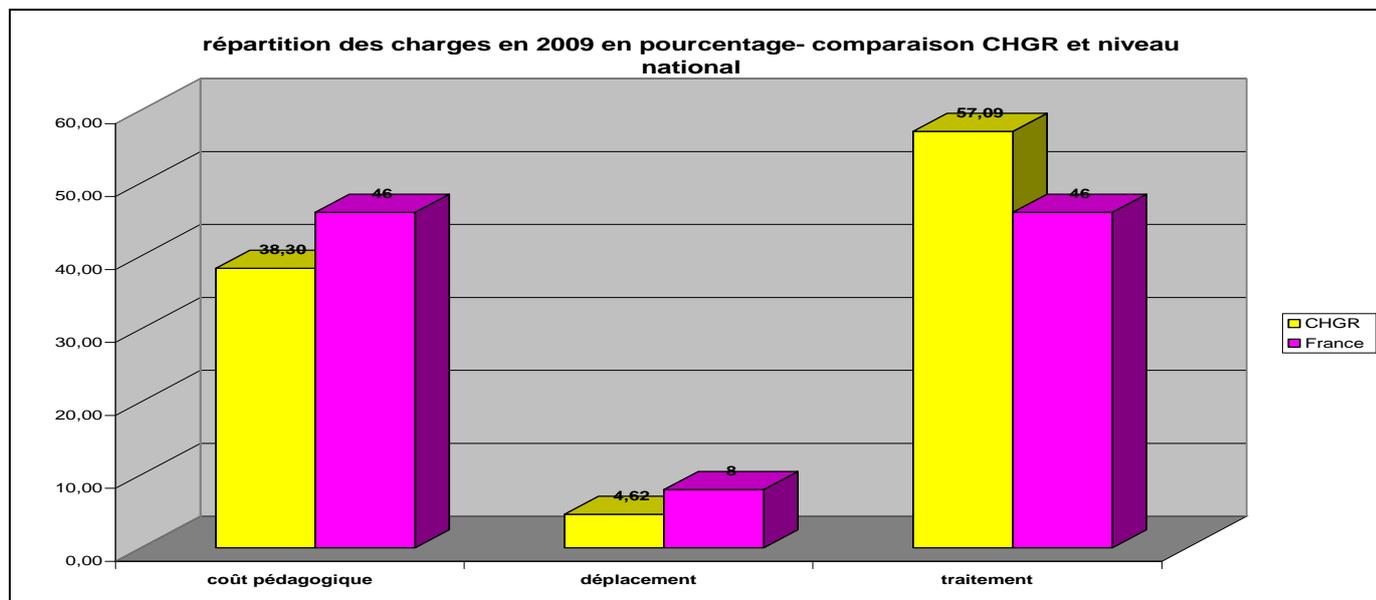
2.1.1 Caractéristiques de l'effort de formation du CHGR

A) Un accès important à la formation

Tout d'abord, l'effort de formation au CHGR est important. En effet, le montant des dépenses directes de formation continue en 2009 s'élevait à 1 586 266 €, soit 2,6 % de la masse salariale. De plus, cet effort de formation est en hausse. Ainsi, en 2009, les

dépenses de formation continue au centre hospitalier ont augmenté de 29% par rapport à l'année précédente. Dans le même temps, le nombre d'heures de formation a augmenté de 15%.

On peut constater toutefois qu'une proportion importante de l'effort de formation est consacrée au traitement des agents partis en formation, taux supérieur à la moyenne nationale en 2009, comme l'illustre le graphique ci-dessous.



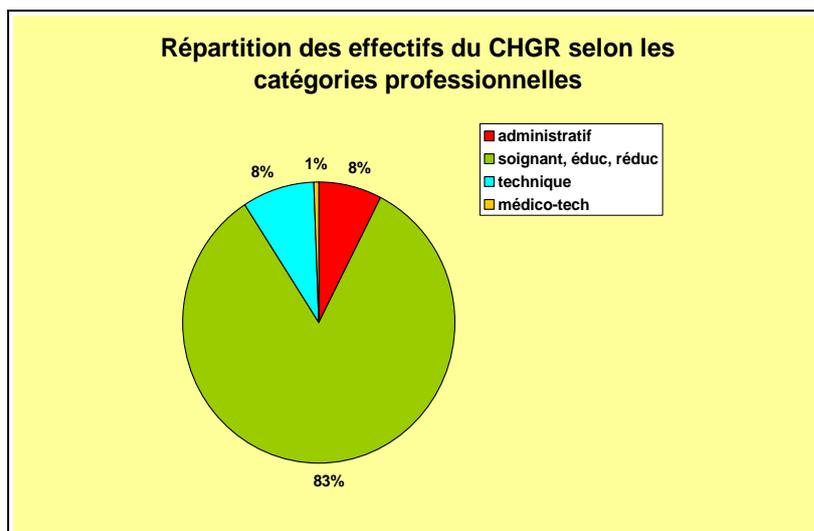
Sources : bilan social CHGR 2009 et rapport d'activités 2009 ANFH

Les agents du CHGR suivent par ailleurs des formations plus longues que la moyenne de la région Bretagne, car en ce qui concerne les formations d'adaptation à l'emploi (catégorie 2), le nombre de jours par départ en formation était de 2,22 au CHGR contre 1,65 jour pour la moyenne des établissements adhérents bretons. Le fait que l'établissement soit un établissement de santé mentale explique en partie cette différence car les formations spécifiques en santé mentale, d'une durée assez longue, sont destinées à compléter la formation des jeunes infirmiers diplômés d'Etat dont le bagage en psychiatrie est à étayer.

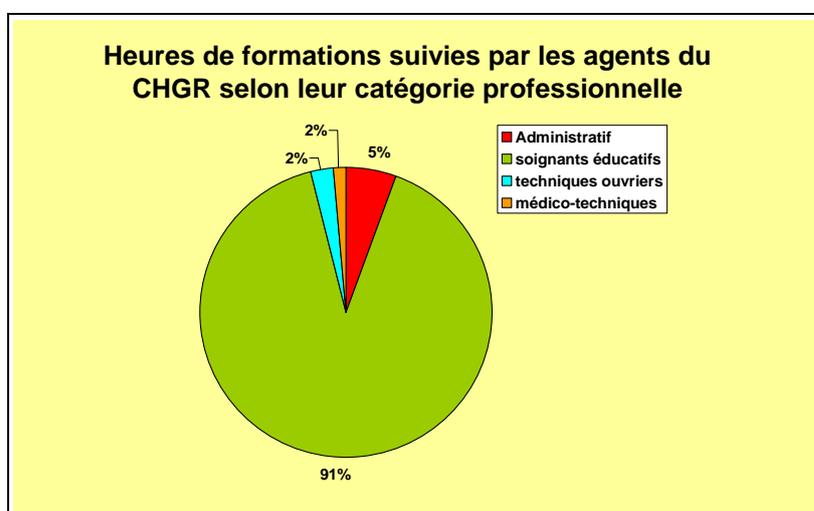
B) Une politique de formation tournée vers le personnel soignant

L'étude de l'accès des formations par catégorie professionnelle montre que la formation est majoritairement tournée vers le personnel soignant et éducatif.

Les diagrammes ci-dessous permettent de comparer la part des effectifs selon leur catégorie professionnelle vis-à-vis du nombre d'heures de formation qui leur ont été dispensées en 2009.



Source : Bilan social 2009



Source : requête logiciel Evoluance RH

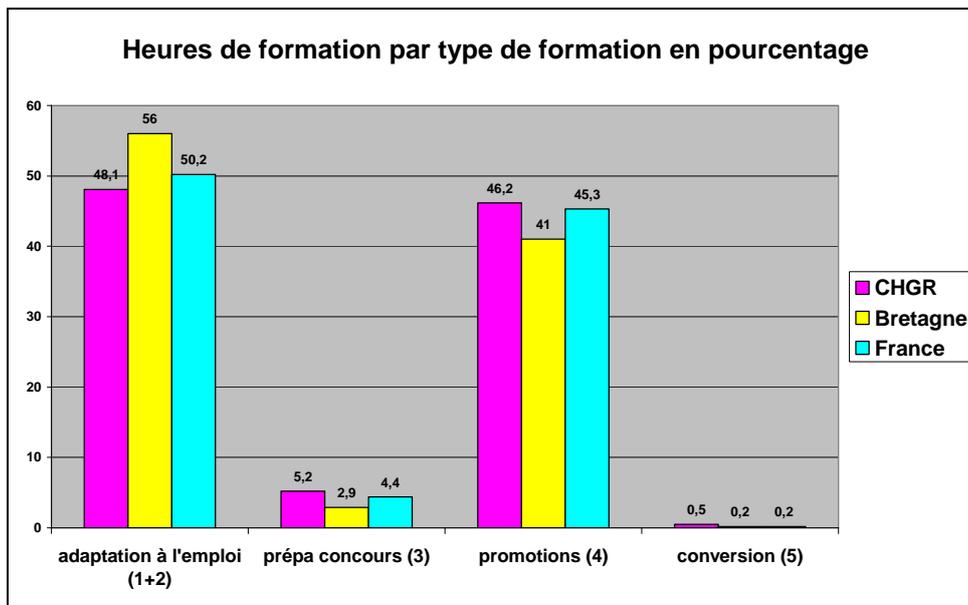
On constate bien que si le personnel soignant, de rééducation et social représente 83 % de l'effectif du CHGR, cette catégorie professionnelle accède à 91 % des heures de formations dispensées envers le personnel de l'établissement. La spécialité de psychiatrie de l'établissement est évidemment une explication majeure dans cette différence. De plus, l'offre de formation spécifique d'une durée de 10 jours aux infirmiers jeunes diplômés pour conforter leurs connaissances en psychiatrie, intitulée « consolidation et intégration des savoirs et des pratiques en soins pour l'exercice infirmier en psychiatrie », et qui offre une réelle plus-value dans la prise en charge des patients, vient évidemment « alourdir » le nombre d'heures relevant des formations soignantes. Cela reflète toutefois également l'angle très « clinique » et soignant du plan du CHGR, dont le contenu est encore assez peu amendé d'une année sur l'autre (cf. infra).

La part des personnels médico-techniques dans le total des agents formés est faible, mais correspond à l'effectif réduit de l'établissement. La part des heures pour les personnels administratifs est plus faible que ce qu'ils représentent dans l'effectif. Une étude plus précise montre que ces agents ont recours à la formation (ils représentent 8% des départs en formation ce qui est conforme à leur représentation dans l'établissement) mais pour des formations relativement courtes, ce qui explique la part plus faible en termes d'heures de formation. En revanche la part des personnels ouvriers et techniques dans les heures de formations dispensées est significativement basse. La part faible de cette catégorie est d'autant plus étonnante que le CHGR est un établissement qui gère de façon directe un grand nombre de fonctions logistique et technique, et a un recours plus faible à la sous-traitance que les autres établissements de santé français. Il gère notamment en autonomie sa blanchisserie et sa cuisine. Le personnel ouvrier et technique demeure donc assez éloigné de la formation. Cette situation semble tenir à deux éléments. D'une part, ce personnel est peu demandeur de formation, même lorsqu'il bénéficie de formations fléchées. D'autre part, les propositions de formation à leur endroit sont encore relativement réduites.

Enfin, leur représentation est également faible dans les demandes de formations universitaires.

C) Une formation équilibrée entre actions d'adaptation à l'emploi et promotion professionnelle

La répartition des heures de formation entre adaptation à l'emploi, préparation au concours et études promotionnelles (EP) est sensiblement identique au niveau national, mais plus faible qu'en Bretagne.



Sources : bilan social 2009 du CHGR, statistiques régionales ANFH Bretagne, rapport d'activités 2009 ANFH

Cela ne se traduit en revanche pas dans le nombre d'agents ayant recours aux EP puisque la part des agents du CHGR bénéficiant de ce dispositif par rapport à la totalité des agents suivant une EP de la région est de 3,4 % tandis que cet établissement représente 4,1% du personnel des hôpitaux bretons. Ce phénomène s'explique par l'attractivité des établissements rennais par rapport à d'autres établissements de la région Bretagne. Si le nombre d'heures est en revanche plus significativement élevé, comme nous l'avons vu dans le diagramme ci-dessus, cela traduit le fait que la politique de promotion professionnelle est tournée vers des agents dont le parcours est plus long (forte proportion de personnels soignants notamment infirmiers).

Malgré une politique de recrutement encore assez favorable au CHGR, l'effort de formation est donc aussi tourné vers la promotion interne, ce qui correspond à l'histoire du dialogue social dans cet établissement. Mais son ajustement ne constitue pas en soi encore un réel enjeu comme cela peut l'être dans des départements sinistrés en termes de démographie, soignante notamment.

Il est important de souligner la politique de préparation aux concours très développée au CHGR, et ce dans tous les secteurs : aide-soignant, IDE, cadres de santé mais aussi adjoint des cadres ou secrétaires médicales.

Si l'effort de formation est significatif, la politique de formation semble en revanche un peu statique et ne pas suffisamment évoluer en fonction des mutations que l'établissement connaît.

2.1.2 Une politique de formation insuffisamment prospective

A) Le constat : un de plan de formation un peu figé

Au CHGR, le contenu du plan de formation est peu amendé d'une année sur l'autre, notamment dans son volet des axes institutionnels (c'est-à-dire relevant de la catégorie 1 soit la formation immédiate à l'emploi ou la catégorie 2 d'adaptation à l'emploi). De plus, les quelques ajouts qui sont effectués le sont pour une part importante en fonction des résultats de la certification de l'établissement qui constitue de fait aujourd'hui une source essentielle du recueil des besoins de formation.

A titre d'illustration, le plan de formation 2010 présente seulement sept nouvelles actions sur le champ des axes institutionnels (actions dénommées « actions concertées » dans le plan de formation de l'établissement) sur un total de cinquante-sept actions, dont trois sont directement liées aux échéances prochaines de la certification (visite ciblée et V2010). Cela représente donc seulement 12,3 % d'actions nouvelles, avec un coût évalué de ces nouvelles actions de seulement 9,9% du montant prévisionnel sur ce champ. Or si un certain nombre d'actions de formation constitue le socle fondamental et donc incontournable de la formation de l'établissement, à savoir les formations sécurité et certaines formations fondamentales en santé mentale comme l'entretien infirmier ou le travail en CMP, il semble que le plan pourrait faire davantage l'objet d'un toilettage plus en profondeur. Des formations tournées vers les personnels ouvriers et techniques pourraient ainsi être élaborées, en collaboration avec leur encadrement pour susciter davantage leur participation.

De plus, on constate une augmentation exponentielle des demandes de diplômes universitaires. Certes, elles témoignent évidemment de l'individualisation des parcours, et portent parfois sur des domaines éloignés du champ institutionnel. Mais cette augmentation des demandes peut également être interprétée comme un besoin des agents de compléter l'offre commune par ce type de diplômes. Il est assez symptomatique par exemple de constater que certaines demandes de formation en DU sont faites sur le champ direct de l'offre en santé mentale, et qui donc devraient relever du plan de formation dans sa partie concertée. On voit bien dans ce domaine que les besoins individuels tels qu'ils sont traduits par les agents, et favorisés par les nouveaux dispositifs du décret de la FPTLV, peuvent aussi traduire des besoins institutionnels et que ces deux logiques ne sont plus contradictoires, si on les prend en compte de façon plus collective. En revanche, une offre institutionnelle qui évolue peu peut conduire à une dispersion des initiatives vers les dispositifs individualisés.

Cette relative stagnation du contenu du plan de formation est lié à l'insuffisance de définition des besoins de formation, tenant à la fois du manque d'axes institutionnels lisibles et d'un lien insuffisant avec la GPMC de l'établissement.

B) Formation et GPMC au CHGR : un lien insuffisant

Nous avons bien montré en quoi une démarche de GPMC construite est importante et fortement liée à la politique de formation. Le CHGR a amorcé cette démarche prospective, mais elle reste à développer et doit être davantage mise en lien avec la politique de formation.

La démarche de Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences au CHGR est engagée depuis 2007. D'abord, des tableaux de projections de départs en retraite par métiers ont été élaborés en 2007 à horizon 2017, et ont été mis à jour en 2009. Par ailleurs, des fiches de postes sont systématiquement élaborées pour les créations de postes et ceux se libérant dans l'établissement, à la suite d'un départ en retraite ou d'une mutation par exemple.

En termes d'approche métier, l'établissement a procédé à une analyse en vue du repérage des métiers sensibles, et ce en fonction de cinq critères que sont l'âge, la part du métier dans l'effectif total, l'avancée technologique, l'attractivité de l'hôpital sur ce métier et enfin l'importance pour le fonctionnement de l'établissement. Cette première étude a permis d'engager ensuite un travail spécifique sur certains métiers sensibles repérés (masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers en 2009, métiers du service technique en 2010)

Par ailleurs, le directeur des Ressources Humaines a co-animé avec la direction des soins et la directrice du site du Placis Vert un groupe de travail en vue d'analyser les besoins actuels et à venir sur l'ensemble de la Maison d'Accueil Spécialisée du Placis Vert, dans le cadre du projet d'extension de cette structure de 160 à 220 places. Ce travail mené conjointement avec les médecins, des cadres, et des membres du personnel ont permis d'identifier les métiers à maintenir et les métiers nouveaux à introduire (moniteur éducateur par exemple) en vue d'adopter une prise en charge plus médico-sociale des résidents de la MAS.

Or l'ensemble de ces outils ne sont pas suffisamment articulés avec la politique de formation. En effet, à titre d'illustration, l'ensemble du travail effectué pour la MAS n'a pas été suffisamment anticipé ni mis en lien avec les besoins de formation. Or certains agents ont sollicité et obtenu dans le cadre des études promotionnelles une formation de moniteur éducateur, mais cela avant que l'étude métiers de la MAS soit véritablement lancée. Ces personnes n'ont donc pas été embauchées comme moniteur éducateur dans

l'établissement, et celles-ci ont entre temps trouvé un poste dans un autre établissement avec leur nouvelle qualification. Or le projet d'extension de la MAS est ancien puisque l'ouverture est prévue pour l'an prochain. Mais le manque de prise en compte en amont de la dimension métier et des besoins en formation de ce projet restructurant pour l'hôpital n'a pas permis de bénéficier de l'apport de ces promotions professionnelles, alors même que le projet individuel de ces agents aurait pu dans ce contexte rencontrer le projet institutionnel et constituer le moteur de la mise en œuvre du changement.

C) Un calendrier perfectible

La politique de formation, traduite de façon annuelle dans le plan de formation, doit bénéficier, outre des axes institutionnels portés par le projet d'établissement et traduits dans la démarche GPMC, du recueil des besoins de formation émis par les agents et les pôles. Ce recueil s'appuie donc d'une part sur les entretiens d'évaluation et, depuis le décret de la FPTLV, de formation, et d'autre part des projets de pôles.

Or le calendrier actuel d'élaboration du plan de formation ne permet pas de répondre pleinement à cet objectif d'exploitation des données issues des entretiens²⁴. En effet, le recueil des besoins effectué auprès des cadres supérieurs, qui relaient cette information auprès de l'encadrement de proximité, se fait avant même que les entretiens de formation soient effectués. Le plan de formation est donc élaboré durant l'été, et présenté aux instances d'automne, alors que les entretiens d'évaluation durant lesquels la formation est évoquée sont conduits dans la même période. Par ailleurs, les relevés de demandes de formation des agents telles qu'elles sont émises ne sont pas remontés auprès de la DRH et ne bénéficient donc pas de l'analyse des besoins. Que ce soit en termes d'affichage (quelle exploitation sera faite des demandes des agents ?) ou en termes de construction de ce plan, ce calendrier s'avère peu opérant. Il est nécessaire en effet que le calendrier d'élaboration du plan soit le reflet de la démarche de l'établissement en matière de formation : remontée des besoins individuels, remontée des besoins des pôles, articulation avec les priorités institutionnelles lisibles pour tous et définies autant que possible de façon pluriannuelle, priorités lisibles pour les cadres et les agents, et enfin élaboration du plan de formation sur l'ensemble de cette base.

L'analyse des besoins a donc besoin d'être mieux organisée pour mieux répondre à l'objectif d'amélioration des compétences. La vérification de l'atteinte des objectifs nécessite aussi que la formation soit évaluée.

²⁴ Cf. annexe 3 : présentation schématique de l'élaboration du plan de formation actuelle au CHGR.

2.1.3 Une évaluation des formations à optimiser

L'évaluation est évidemment le pendant de la définition des besoins en termes d'amélioration des compétences : il s'agit de savoir si la formation telle qu'elle est délivrée aux agents répond à l'objectif d'amélioration des compétences fixé.

Le CHGR effectue systématiquement un recueil destiné à évaluer la satisfaction des agents. Celle-ci est effectuée à l'appui d'un document, mais également par l'intermédiaire du cadre de santé du service formation qui effectue un débriefing oral, qui porte sur la durée de la formation, sa pertinence au regard des objectifs fixés et son adaptabilité dans les fonctions exercées. Les résultats de ces évaluations sont présentés en commission consultative de la formation professionnelle continue, ce qui permet des réajustements sur le format, le cahier des charges, et également sur la qualité du prestataire retenu.

Toutefois, cette évaluation, si elle est extrêmement importante, bien structurée et faisant l'objet d'une analyse partagée, reste essentiellement une évaluation à court terme de la satisfaction des agents formés et non une réelle évaluation de la qualité de la formation à apporter un bénéfice en termes d'amélioration des compétences des agents. Pour cela, il est nécessaire au préalable d'élaborer des indicateurs d'évaluation de la qualité au moment de la construction du projet, et d'effectuer une évaluation à distance de la formation, par l'encadrement de proximité de l'agent qui peut évaluer si, en fonction des indicateurs formulés, les objectifs assignés à la formation sont remplis.

Cette absence d'évaluation à long terme est toutefois à relativiser car elle n'est encore réalisée que dans une minorité d'établissements. Elle apparaît toutefois primordiale dans la conduite de la politique de formation, et serait notamment intéressante au CHGR pour faire évoluer les propositions d'actions institutionnelles.

2.1.4 Une organisation structurée mais peu délégative.

L'organisation de la formation professionnelle au CHGR s'articule autour d'un directeur chargé des affaires médicales et de la formation continue, et d'un service formation composé de quatre agents : un cadre de santé, un adjoint des cadres et deux adjoints administratifs.

- A) Une politique de formation structurée autour du service formation continue et des instances

a) *Le rôle important et bien identifié du service formation*

Le responsable de la formation continue est selon Pascale Limoges « un acteur-clé dans le dispositif de formation. » qui doit « connaître et maîtriser les projets de l'établissement et notamment les projets dans le domaine de la GPEC ». « Acteur de terrain, il doit être capable d'accompagner les cadres ou les agents dans l'analyse des besoins ; d'informer et conseiller les agents sur les différents dispositifs en termes de formation ; de traduire les besoins en objectifs de formation, de négocier l'achat de formation et enfin de proposer, formaliser et mettre en œuvre l'évaluation des actions de formation ».²⁵

Le service de la formation au CHGR s'appuie sur un responsable administratif et un responsable soignant apportant son expertise sur les formations soignantes. Cette double compétence permet de couvrir à la fois le champ de l'achat de formation, de la connaissance des dispositifs et du suivi des crédits, tout en permettant l'accompagnement des cadres, le conseil aux agents, et la réalisation des évaluations. Ce service est bien identifié par les agents, avec un personnel nombreux, formé et impliqué.

Toutefois, cette double compétence serait à mieux exploiter, en précisant les fiches métier de chacun. En effet, le cadre de santé doit être légitimé et responsabilisé sur le champ de la définition des besoins, en articulation avec la direction des soins notamment pour les choix institutionnels et l'accompagnement des pôles sur leurs choix spécifiques.

b) *Le rôle de la Commission Consultative de la Formation Professionnelle Continue (CCFPC)*

La composition et le rôle de la Commission consultative relative à la formation professionnelle continue sont du ressort de l'établissement, qui en détermine librement, de façon concertée avec les partenaires sociaux, les membres et les missions qui lui sont confiées. La CCFPC du CHGR est composée de six représentants de l'administration dont deux médecins et de sept représentants des trois syndicats majoritaires. Ses missions sont de contribuer au processus d'élaboration des plans annuels et pluriannuels de formation, de suivre la réalisation de ceux-ci, d'examiner les projets d'actions de formation concertées organisées par l'établissement et l'évaluation de leur réalisation, et enfin d'examiner les demandes d'actions courtes en lien avec un projet personnel.

Cette instance fonctionne bien, et permet un suivi réel de la consommation des crédits, une discussion sur les évaluations, les demandes individuelles. Toutefois, le taux

²⁵ in O.DERENNES et A.LUCAS, 2005, Le développement des ressources humaines, tome 2, Rennes, éditions ENSP, 445 p

relativement faible de renouvellement des actions concertées démontre que cette commission ne s'approprie pas suffisamment les axes de formation institutionnels pour véritablement amender le plan de formation, en vue d'une meilleure adéquation aux besoins de formation réels. La CCFPC pourrait donc constituer davantage un lieu d'échange sur les contenus et les priorités de formation de l'établissement.

B) Le rôle des pôles est encore peu affirmé

La nouvelle gouvernance a pris du retard au CHGR. Outre la frilosité d'une partie des médecins, ce retard est également dû à une grande opération préalable de redécoupage sectoriel qui a été entreprise dans l'établissement pour rééquilibrer les secteurs en termes de population et mieux suivre la logique des circonscriptions d'aide sociale.

Pour la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance, une formation-action est en cours, avec l'objectif d'une signature des contrats de pôles entre fin 2010 et fin 2011. Pour le moment les pôles sont équivalents aux secteurs et aux services, soit dix-neuf pôles d'activité clinique et médico techniques et cinq pôles administratifs, logistiques et techniques. Un redécoupage des pôles est en cours, avec plusieurs modes d'organisation:

- création de pôles regroupant un ou plusieurs secteurs ou services qui deviennent des structures internes, conformément à la réglementation. Au niveau des pôles médicaux, il s'agit dans un premier temps du regroupement des secteurs adultes G03, G09 et G12.
- création de fédérations de pôles/secteurs laissant une plus grande autonomie de gestion aux composantes de la fédération. Sont concernées le reste des secteurs de psychiatrie générale ainsi que la pédopsychiatrie.
- création de pôles d'activités spécifiques.

Le processus de décentralisation de la formation a donc été ralenti, car l'approche préexistante en formations institutionnelles d'une part et enveloppes de services/pôles d'autre part a perduré du fait de l'absence de redécoupage polaire qui aurait amené à une véritable délégation de gestion. Aucun contrat n'est pour le moment signé, mais la formation doit être un des champs de délégation en vertu du décret du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé²⁶.

Les pôles ne sont toutefois pas inexistant dans la politique de formation du CHGR. Les pôles bénéficient en effet d'enveloppes sur lesquelles ils peuvent émarger pour le

²⁶ Décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé

financement de certaines formations, notamment individuelles, à leurs agents. Le champ de ces enveloppes doit donc être précisé dans le cadre des contrats qui devront être signés, et dans le cadre de pôles regroupés ou des fédérations de pôles qui se dessinent dans la nouvelle organisation du CHGR.

La situation de la formation au CHGR est donc fortement contrastée. L'établissement a développé une culture formation, à laquelle les agents ont massivement accès, à l'exception des personnels techniques et ouvriers qui en semblent éloignés. Il s'agit d'un domaine consensuel dans l'établissement, dans lequel les partenaires sociaux sont acteurs. Cependant, l'insuffisance de définition d'une stratégie en matière de formation et d'une définition des besoins étayée par une démarche GPMC et l'exploitation des entretiens de formation amène à une offre un peu figée.

L'application attendue du nouveau décret, et le contexte favorable de la mise en place de la nouvelle gouvernance dans l'établissement constituent deux opportunités pour le CHGR d'améliorer sa politique et son dispositif de formation.

2.2 Les leviers managériaux face aux enjeux de la réforme de la formation au CHGR

L'optimisation de la politique de formation au CHGR repose sur trois enjeux forts :

- l'enjeu prospectif : mieux définir les besoins en intégrant la formation dans le processus de GPMC.
- l'enjeu de la concertation : permettre une meilleure appropriation de la formation par tous les acteurs, notamment l'encadrement de proximité.
- l'enjeu de la délégation : garantir la cohérence du projet institutionnel tout en accordant un vrai champ de délégation aux pôles.

2.2.1 L'enjeu prospectif : la formation comme un outil d'accompagnement et de réponse à des besoins évalués en amont

A) Le préalable : le développement de l'articulation entre GPMC et formation

Si le CHGR a d'ores et déjà mis en place des outils pluriannuels d'anticipation de l'évolution des métiers et des effectifs, ceux –ci nécessitent d'être davantage partagés, et coordonnés avec la politique de formation. La formation professionnelle ne relevant pas du champ propre du Directeur des Ressources Humaines au CHGR, il est d'ailleurs

d'autant plus nécessaire de coordonner les démarches de GPMC et de formation pour optimiser l'offre de formation pluriannuelle en fonction de l'évolution des besoins.

En termes réels d'analyse qualitative des métiers, la démarche amorcée avec les métiers sensibles pourrait être prolongée et affinée sur certains champs, et la formation pourrait contribuer, en tant que levier de GPMC non exhaustif, à la réponse à ces besoins. L'analyse des métiers sensibles a d'ailleurs mis en valeur la nécessité de réfléchir aux métiers ouvriers et techniques, notamment l'opportunité d'une évolution vers des profils plus généralistes de maintenance. Cela fait écho au constat effectué précédemment sur le défaut d'accès à la formation de ces personnels. Ce type d'évolution réclame un investissement de formation important qui pourrait constituer un axe de développement pertinent.

Pour illustrer cette proposition d'évolution de la définition des besoins, le projet d'UHSA du CHGR est également intéressant. En effet, l'établissement va entamer les travaux d'une UHSA en 2011, en vue d'une ouverture en 2012. Ce projet doit donc être préparé en amont en termes d'effectifs mais aussi en termes de métiers et de compétences. En effet, la prise en charge des détenus atteints de troubles psychiatriques nécessite une approche spécifique et des compétences complémentaires pour lesquelles la formation est une réponse intéressante et indispensable. La démarche pourrait donc être la suivante :

- définition des métiers et effectifs cibles pour l'unité de 60 lits d'hospitalisation de détenus en souffrance psychique (travail déjà amorcé au sein de la direction des soins)
- détermination du niveau de recrutement et de mobilité interne pour l'ouverture de cette unité
- élaboration d'un plan de formation destiné à accompagner l'ouverture de l'UHSA en élaborant un cahier des charges associant la direction des soins et des membres de l'équipe du Service Médico-Psychologique Régional (SMPR) connaissant la problématique de la prise en charge spécifique des détenus. La visite programmée à l'UHSA du Vinatier à Bron (69) permettra également un échange sur les repérages de compétences nécessaires à ce type d'unité.
- campagne de mobilité interne et de recrutement externe

C'est bien la pluriannualité du plan de formation telle qu'elle est préconisée dans le décret de la FPTLV qui doit inciter à la réalisation de ce travail sur les projets structurants de l'établissement. La négociation du nouveau projet d'établissement en 2011 sera donc une occasion intéressante de faire évoluer la place de la formation dans la dynamique projet du CHGR.

B) Les leviers d'évolution en matière de définition des besoins

La définition des besoins peut également être sensiblement améliorée par l'adoption d'un calendrier cohérent et l'implication des cadres dans le processus.

a) *Une révision du calendrier pour une meilleure prise en compte du recueil des besoins et une adaptation du plan de formation*

Le calendrier actuel n'est pas adapté à une élaboration du plan permettant la prise en compte des besoins tels qu'ils sont émis dans les entretiens d'évaluation et de formation (ceux-ci deviennent d'ailleurs d'autant plus importants dans le cadre de la réforme où les exigences d'exploitation de cet entretien sont renforcées). En effet, le décret du 21 août 2008 précise : « L'agent est informé par son supérieur hiérarchique des suites données à son entretien de formation. Les refus opposés aux demandes de formation présentées à l'occasion de l'entretien de formation sont motivés. » Le contenu de l'entretien revêt donc une importance majorée par ce texte, et exige de l'établissement une organisation autour de ces entretiens pour permettre de garantir leur exploitation dans l'élaboration du plan.

Par ailleurs, il est intéressant pour les cadres qu'ils disposent dès l'entretien du plan de l'année suivante pour le présenter aux agents et définir ensemble les actions, notamment institutionnelles, auxquelles l'agent pourra s'inscrire. L'entretien de formation possède dès lors deux finalités :

- les propositions de formations de la fin de l'année N et de l'année N+1, en s'appuyant sur le plan déjà voté ;
- le repérage des besoins nouveaux, dont l'exploitation sera réalisée pour le plan N+2 (sauf dans le cas de besoins urgents).

En ce sens, il apparaît intéressant de proposer un nouveau calendrier²⁷ qui se place dans ces deux démarches, et qui lie de façon plus claire les entretiens de formation et l'élaboration du plan. Il faut néanmoins que les besoins émergeant de cette source soient également articulés aux objectifs institutionnels pluriannuels, issus du projet d'établissement pour que le plan de formation présente bien les deux dimensions individuelle et collective de la GPMC. Cette articulation est largement dépendante de la place accordée aux cadres dans le processus et de leur niveau d'implication dans la politique de formation de l'établissement.

²⁷ cf. présentation en annexe 4 du projet de calendrier d'élaboration du plan de formation au CHGR, tel qu'il sera présenté aux instances de l'établissement fin 2010.

b) L'implication des cadres

La GPMC, dans ses deux dimensions collective et individuelle, implique de fait fortement les responsables opérationnels et l'encadrement de proximité qui a en cette matière un rôle fondamental à jouer. Il semble dès lors primordial de parvenir à associer davantage les cadres dans la politique de formation que la direction conduit, tant du point de vue de l'évaluation des besoins que dans l'accompagnement des parcours professionnels.

L'implication des cadres passe d'abord par l'entretien d'évaluation et de formation dont le décret de mise en œuvre devrait sortir très prochainement. La disparition concomitante de la notation présage d'une place de plus en plus déterminante de la procédure d'évaluation, qui réclame par conséquent que les cadres soient à la fois très impliqués dans le processus et formés à cet exercice qui est déterminant. Le lien fonctionnel entre formation et évaluation milite d'ailleurs pour une formation complémentaire des cadres sur ces deux champs.

Pour réussir à associer les cadres dans ce processus d'évaluation des compétences et de repérage des besoins de formation afférents, il est primordial d'en faire une affaire institutionnelle. Pour qu'il soit véritablement considéré comme un élément fondamental de management par les cadres et les agents, il est nécessaire que l'institution démontre l'importance qu'il revêt pour elle. Cela peut passer par une journée de l'encadrement sur ce sujet, puis une formation à destination de l'ensemble des cadres à cet outil. Il faut aussi que l'entretien soit ensuite exploité dans ses différentes dimensions, et qu'un lien direct existe entre les objectifs fixés et l'évolution de la carrière, les formations sollicitées et les formations proposées, les besoins de compétences repérés et l'offre de formation. L'importance de l'initiative individuelle mise en valeur à travers la FPTLV ne trouve sens et ne peut se déployer et s'intégrer dans les projets institutionnels que si les cadres sont sensibilisés et formés à cette démarche.

Pour que la place de l'encadrement de proximité soit affirmé, notamment les cadres de santé, il semble également important que le rôle du cadre soignant du service formation soit renforcé. Les fonctions de celui-ci devraient être davantage tournées vers l'interface avec les pôles cliniques et médico-techniques sur les besoins de formation. Il serait également pertinent qu'il soit placé en appui méthodologique des pôles pour l'écriture des cahiers de charges. Sa connaissance de l'établissement et du rôle du cadre devrait être un facilitateur dans l'appropriation de la formation par l'ensemble des cadres de santé de l'établissement. L'articulation avec l'adjoint des cadres du service pourrait être améliorée par le recentrage de ce dernier sur les fonctions administratives.

Enfin, il serait intéressant d'envisager d'intégrer les cadres dans la commission consultative sur la formation professionnelle continue. En effet, la composition de cette commission relève d'un choix de l'établissement. Il pourrait donc être opportun, sur la dynamique du groupe de travail de la charte FPTLV constitué dans l'établissement, et qui regroupe les représentants syndicaux membres et des cadres soignants, administratifs et techniques, de proposer un élargissement de sa composition. Cela permettrait de sensibiliser les cadres à la question de la formation, de prendre en compte leur approche dans la commission et également de constituer un relais auprès des autres cadres. A titre d'exemple, le Centre Hospitalier de Saint-Malo a fait le choix d'intégrer les cadres dans leur commission consultative, et la Directrice des Ressources Humaines constate une grande implication des pôles dans la formation grâce à ce relais²⁸.

- C) L'articulation du projet institutionnel et de l'initiative individuelle : quelle place pour le DIF et la période de professionnalisation au CHGR ?

a) *Le DIF : un vrai nouveau droit au CHGR?*

Pour que le DIF ait une place qui permette de favoriser les parcours individualisés, tout en répondant aux objectifs institutionnels, il faut parvenir à faire vivre le DIF. Paradoxalement, il semble en effet qu'il faille un peu contraindre les agents dans leur utilisation pour que le DIF soit plus souvent sollicité, et qu'une forme d'habitude soit créée. Par ailleurs, il s'agit également d'un enjeu qui évite à terme à l'institution de subir le DIF. La bascule entre formation continue et DIF doit s'opérer progressivement, et l'incitation négociée avec les syndicats de faire entrer dans le DIF un certain nombre d'actions relevant éminemment d'une initiative individuelle peut être un moyen de faire vivre ce DIF.

Un certain nombre de propositions pour faire vivre le DIF au CHGR ont été élaborées par le groupe de travail sur la charte (regroupant cadres, syndicats et membres de la direction). La principale proposition est celle d'intégrer de façon systématique dans le DIF les actions de formation qui relèvent d'une initiative éminemment individuelle, à savoir :

- les actions relevant de la catégorie 2c (c'est-à-dire les actions ayant notamment pour objectif l'approfondissement de la culture professionnelle ou du niveau d'expertise pour élargir les compétences d'un agent ou en vue de la construction d'un parcours de professionnalisation individualisé avec la perspective d'acquérir les connaissances utiles pour une évolution)
- les congrès et les colloques

²⁸ Journée carrefour formation ANFH Bretagne, 17 juin 2010, intervention de Madame FIORINI, DRH de la CHT Saint-Malo-Dinan-Cancale, « une politique de formation partagée »

- les préparations aux concours
- les actions complémentaires de bilan de compétences et VAE

L'idée n'est évidemment pas que ces actions de formation ne soient plus suivies par l'agent si celui-ci n'a plus de droits DIF. Mais ceci peut créer un critère de priorité dans l'accès à ce type de formations, et donc permet de tendre à un accès plus équitable à la formation des agents de l'établissement.

Il semble toutefois nécessaire de relativiser l'impact de ce type de mesures, et, au-delà, du DIF dans la fonction publique hospitalière. Il apparaît en effet que ce dispositif ne rencontre pas pour le moment l'écho attendu, y compris dans le secteur privé où d'une part il est implanté depuis plus longtemps et où, d'autre part, l'accès à la formation est plus limité que dans la fonction publique. A titre d'illustration, à Ouest France, qui compte 200 salariés, seules 3 500 heures DIF ont été sollicitées jusqu'à aujourd'hui, pour un potentiel de 240 000 heures soit seulement 1,5% des heures inscrites dans les compteurs.²⁹

Dès lors, ce dispositif qui a constitué l'élément central de discussion du décret et qui a focalisé un grand nombre d'interrogations voire d'inquiétudes lors de son adoption semble aujourd'hui une question moins centrale et par la-même moins sensible qu'on pouvait le craindre. Toutefois, le transfert possible des compteurs DIF entre établissements milite pour une responsabilisation des hôpitaux à faire vivre ce dispositif. Par ailleurs, en sensibilisant les agents à ce droit, on peut tendre à ramener vers la formation des agents qui s'en sont éloignés. En tout état de cause, le DIF contraint les hôpitaux à repenser leur offre de formation, la place des parcours de formation des agents, ce qui constitue un vrai enjeu de la gestion des ressources humaines aujourd'hui, dans le contexte de pénurie et de concurrence du secteur privé en matière de recrutement que l'on connaît.

b) La période de professionnalisation : une opportunité à saisir

Moins médiatisée au moment de l'élaboration du décret, la période de professionnalisation semble pour sa part un outil restructurant dans la conduite de l'accompagnement des agents en difficulté, en situation de handicap ou en reclassement. Il apparaît dès lors opportun que ce soit les DRH qui se saisissent de ce dispositif, afin d'anticiper les demandes, en lien avec la politique d'accompagnement au retour à l'emploi.

²⁹ Journée carrefour formation ANFH Bretagne, 17 juin 2010, intervention de Monsieur Jean-Georges CHATELET, responsable des services administratifs de la DRH, Ouest France, Rennes, « un processus d'élaboration du plan connu de tous »

Au sein du CHGR, ce dispositif s'avère complémentaire de la politique d'accompagnement et de maintien dans l'emploi des personnes bénéficiant de restrictions médicales de travail menée par le Directeur des Ressources Humaines. C'est un axe de développement intéressant pour l'établissement même si ce n'est pas le champ unique du dispositif.

En effet le CHGR vient de signer en septembre 2010 une convention avec le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique (FIPHFP). Le tableau ci-dessous montre le champ du FIPHFP au sein du Centre Hospitalier Guillaume Rénier, au regard de la situation des agents tant déclarés que reclassés.³⁰

Déclaration 2009 (effectifs arrêtés au 01/01/2008)		
Effectif total rémunéré	1992	
Nombre de bénéficiaires de l'obligation d'emploi	105	
<i>dont</i>	<i>personnes reconnues travailleurs handicapés (CDAPH)</i>	23
	<i>bénéficiaires ATI</i>	18
	<i>agents reclassés</i>	64
Nombre de personnes en situation de restriction d'aptitude <i>(effectifs arrêtés au 1er janvier 2008)</i>		75

La convention de partenariat et de financement avec le FIPHFP se structure autour de neuf axes d'accompagnement des personnes bénéficiaires de l'obligation d'emploi, dont une part importante est liée à la politique de formation. Le premier axe est l'élaboration de bilans de compétences pour l'accompagnement des agents en difficulté dans leur poste de travail (inaptitudes au poste occupé, restrictions d'aptitudes). Ensuite, des actions de formation sont prévues en vue de les amener au niveau des compétences requises pour les métiers qu'ils visent, de leur permettre de développer des compétences opérationnelles et reconnues et ainsi de développer leur « employabilité ». Par ailleurs, des actions de formation et d'information envers les cadres en relation avec ces agents sont prévues. Enfin, le CHGR souhaite une mobilisation pour l'emploi direct d'agents reconnus en qualité de travailleur handicapé. En ce domaine, les périodes de professionnalisation peuvent être une opportunité majeure à saisir, puisqu'elles permettent d'accompagner les agents et de développer les compétences par l'octroi de formations théoriques et d'un suivi par tutorat susceptible de mettre à l'épreuve les acquis.

³⁰ Extrait du dossier présenté par le CHGR au FIPHFP en vue de la signature d'une convention entre les deux parties.

Le développement de ces dispositifs « à la carte » demande un investissement important de la part de l'établissement mais peut offrir des opportunités pour des agents devenus très loin de l'employabilité. C'est aussi un moyen d'offrir des perspectives plus positives à certains agents très souvent « placardisés ». Une politique volontariste est nécessaire, et le FIPHFP peut être en la matière un support adapté.

S'il est impératif que la politique de formation soit plus prospective au CHGR pour faire face aux mutations de l'hôpital, répondre aux évolutions attendues en termes de compétences et aux obligations fixées par la réglementation, elle doit également être plus partagée pour garantir la cohérence institutionnelle et faciliter la complémentarité des approches individuelle et collective.

2.2.2 L'enjeu de la concertation et du dialogue social.

La réforme de la FPTLV, au-delà même des changements qu'elle propose, est l'occasion d'une remise à plat des pratiques, du plan de formation, du rôle des instances consultatives, par le fait même de replacer la formation dans le calendrier du dialogue social.

Par ailleurs, au-delà même des cadres et des représentants syndicaux, la communication s'avère primordiale en matière de formation, pour associer de la façon la plus large possible le personnel à la réflexion et permettre l'accès à la formation de certains agents qui s'en sont éloignés.

A) Le dialogue social avec les partenaires sociaux

Le dialogue social avec les syndicats est primordial dans la conduite de la politique de formation. Monique Roussel, déléguée régionale ANFH Bretagne l'exprime ainsi : « La place des syndicats est très importante. La dynamique de la commission de formation est déterminante dans la conduite de la politique de formation. Ils sont des relais indispensables pour avancer »³¹

Au CHGR, le dialogue social sur ce sujet avec les partenaires sociaux est de bonne qualité, et cette thématique constitue depuis longtemps un ciment de la politique sociale de l'établissement. Toutefois, si la formation constitue sans conteste un domaine de consensus et d'échanges constructifs dans l'établissement, la réforme est l'occasion de la

³¹ Propos tenu lors de l'entretien du 26 juillet 2010

replacer au premier plan au sein du dialogue social, de proposer des changements au-delà même des dispositifs de la réforme et d'associer les cadres.

La réforme FPTLV constituant une réforme d'ampleur avec de nombreux dispositifs nouveaux, il paraissait important d'entamer une réflexion globale avec les partenaires sociaux et les cadres sur cette question. Ainsi, dès avril 2010 a été constitué un groupe de travail sur la FPTLV au sein de l'établissement, rassemblant des membres de la direction, du service formation, les représentants syndicaux de la CCFPC et des cadres administratifs, soignants et techniques³². L'idée qui a émergé de ce groupe était celle de la rédaction d'une charte³³ relative à la FPTLV et, au-delà, de la politique de formation et de gestion des ressources humaines afférente. La négociation de cette charte était un moyen d'intégrer pleinement les partenaires sociaux dans la démarche institutionnelle, et leur place au sein de la CCFPC au travers de cette démarche est renforcée.

Cette charte, dont le point de départ était l'application de la réforme FPTLV, notamment les nouvelles dispositions qui la composent, a permis aussi d'entamer une discussion plus large sur la politique de formation de l'établissement. Un choix a été fait sur le cadre du DIF, sur l'utilisation du « hors temps de travail », sur le passeport formation ou l'entretien. Mais sont également en cours de clarification l'attribution des congés de formation, les critères d'acceptation des formations. De plus, ce groupe permet de modifier le calendrier d'élaboration du plan.

Le contenu de la charte devra toutefois être sans doute amendé prochainement lorsque les choix en matière de délégation aux pôles seront effectués, notamment en ce qui concerne les modalités de validation des demandes de formations universitaires.

Enfin, il apparaît nécessaire de former les partenaires sociaux à la politique de formation qui apparaît comme complexe, tant en ce qui concerne les financements que les dispositifs, afin qu'ils soient eux-mêmes des relais d'information auprès de leurs adhérents et, au-delà, auprès de l'ensemble du personnel. La participation de certains d'entre eux aux instances de l'ANFH leur garantit déjà un certain niveau de réflexion sur cette question.

Le relais d'information par les cadres et les syndicats n'exempt pas les établissements d'une communication plus globale sur ce sujet fédérateur et qui concerne l'ensemble des agents.

³² Liste des membres du groupe de travail de la charte FPTLV du CHGR en annexe 1

³³ Le projet de charte de l'établissement issu du groupe de travail, en cours de validation dans l'établissement, est présenté en annexe 4 du présent mémoire.

B) L'enjeu de la communication : des leviers à mobiliser

a) *Le passeport formation : outil de formation ou gadget ?*

Cet outil de recensement des diplômes, titres et actions de formation suivies ou dispensées par l'agent, est une des mesures qui semble la moins appliquée dans les hôpitaux aujourd'hui. Elle réclame en effet une logistique importante pour un dispositif paraissant peu opérationnel (que d'aucuns considèrent donc déjà comme un gadget.)

Le passeport est bien la propriété de l'agent qui en dispose. Et c'est au fond ce qui crée le paradoxe ou en tout cas la difficulté pour les établissements: faire vivre le passeport, sans en dessaisir l'agent.

Au-delà des questions pratiques, déjà évoquées précédemment, et qui freinent véritablement leur mise en place dans les établissements, le questionnement principal est celui du sens que l'on accorde à ce passeport et l'opportunité de son déploiement. L'enjeu est au fond de savoir comment faire de ce passeport un outil pour accompagner l'agent dans son parcours professionnel. Or répondre à cet enjeu passe vraisemblablement par une négociation avec les partenaires sociaux sur l'utilisation de ce passeport dans l'établissement. On comprend bien par exemple l'intérêt pour l'agent et pour le cadre, lors de l'entretien d'évaluation et de formation, de réfléchir et faire des propositions d'actions sur la base du parcours de formation de l'agent, recensé dans le passeport. Cela semble également valorisant pour l'agent dans le cadre d'une VAE. Une réelle incitation à l'emploi du passeport dans le cadre de l'entretien et des mobilités fonctionnelles semble fondamentale pour faire de ce passeport un outil de sécurisation des parcours professionnels.

Pour le CHGR, le débat pourrait être lancé dans le cadre du groupe de travail de la charte FPTLV, et prolongé par une information globale à tous les agents (par l'intermédiaire de la lettre mensuelle du CHGR ou une note de service par exemple). Mais surtout, c'est le travail auprès des cadres en tant que relais auprès de leurs équipes qui peut permettre de faire du passeport un outil vivant au service des agents.

Au-delà du passeport, la négociation de la charte au CHGR peut être le point de départ d'une campagne de communication auprès des agents sur la formation.

b) *Une vraie démarche de communication à construire autour de la charte*

Le travail effectué autour de la charte peut être l'occasion d'une campagne de communication large destinée à sensibiliser les personnels à la réforme, et notamment aux dispositifs du décret mais aussi, plus largement, de mobiliser les agents autour de la

formation. La charte pourrait être diffusée à l'ensemble des agents, et présentée dans le cadre de la lettre mensuelle de l'établissement.

Plus spécifiquement, les cadres sont le pivot de cette réforme et de la politique de formation. Une journée relative à l'évaluation et à la formation pourrait donc permettre une meilleure appropriation des outils et de la démarche.

Le troisième enjeu majeur dans la conduite de la politique de formation au CHGR, dans un contexte de construction de la nouvelle gouvernance, est évidemment la politique de délégation aux pôles qui sera adoptée dans le cadre des contrats de pôles.

2.2.3 La délégation en matière de formation à l'hôpital : l'enjeu de la contractualisation au CHGR

Le décret du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé ³⁴ introduit un nouvel article 6146-8 qui instaure des champs obligatoires de délégation inscrits au contrat de pôle, parmi lesquels les dépenses de formation : « Le contrat de pôle définit le champ et les modalités d'une délégation de signature accordée au chef de pôle permettant d'engager des dépenses dans les domaines suivants : 1° Dépenses de crédits de remplacement des personnels non permanents ; 2° Dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux ; 3° Dépenses à caractère hôtelier ; 4° Dépenses d'entretien et de réparation des équipements à caractère médical et non médical ; 5° Dépenses de formation de personnel. »

La formation est donc un champ obligatoire de délégation aux pôles. La délégation doit à la fois permettre de rapprocher la décision des agents, et d'en faire un levier d'évolution des compétences au sein du pôle, tout en garantissant la cohérence institutionnelle et l'égalité des agents à la formation.

A) La nécessité d'une délégation large mais définie

La formation apparaît comme un enjeu simple et fédérateur de délégation de gestion. Par ailleurs, une délégation étendue sur ce champ semble souhaitable dans l'objectif d'une politique de formation plus réactive. Déléguer est en effet un moyen de décentraliser un domaine encore assez centralisé dans un établissement vaste et très éclaté. Mais il est très important de délimiter les champs de la formation relevant de la délégation et ceux

³⁴ Décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé

relevant de l'institutionnel, pour garantir la cohérence du projet d'établissement et répondre aux enjeux d'évolution de l'hôpital et aux exigences réglementaires qui s'imposent à toute la structure.

Le champ de la délégation semble tout d'abord devoir recouvrir la plupart des demandes individuelles comme par exemple les Diplômes Universitaires (DU) émanant d'un projet de pôle et ne relevant pas d'une politique institutionnelle, la participation aux congrès ou colloques, les formations relevant de la catégorie 2c (développement personnel) et les formations individuelles conformes aux objectifs du pôle. Mais il est important que les pôles développent également des projets collectifs de formation qui déclinent les objectifs d'amélioration des compétences nécessaires à la mise en œuvre de leur projet de pôle. Le rôle du cadre de santé du service formation est en ce sens primordial pour les accompagner méthodologiquement dans l'élaboration de projets de cette nature.

Il semble à l'inverse primordial que les études promotionnelles, les préparations concours, les formations obligatoires, de prise de fonctions, et plus largement les formations relevant d'axes institutionnels soient exclues de l'enveloppe des pôles, et gardent une validation du directeur de la formation continue sur avis de la CCFPC. De même, la notion de formations individuelles ne signifie pas forcément qu'elles doivent toutes relever des pôles. Ainsi certains DU s'imposent soit de façon réglementaire, soit par volonté institutionnelle. Ces cursus peuvent notamment accompagner une prise de fonctions sur des missions transversales ou d'expertise par exemple (DU traitement de la douleur, soins palliatifs, addictologie). Dans ce contexte, la préservation du champ institutionnel semble importante.

En ce qui concerne la détermination du niveau de l'enveloppe et sa répartition, il semble tout d'abord important en termes d'affichage d'augmenter le montant attribué aujourd'hui aux enveloppes de services. Ainsi, pour 2010, le montant relevant des enveloppes de services est d'environ 20% sur la totalité des crédits formation, contre par exemple 30 % des 2,1 % dévolus aux pôles au Centre Hospitalier Universitaire de Rennes. Pour déterminer le chiffrage de l'enveloppe déléguée aux pôles, la méthode utilisée au Centre Hospitalier d'Angoulême il y a plusieurs années semble intéressante : déterminer dans les trois dernières années le niveau financier moyen des actions qui relevaient de démarches de pôles ou individuelles au regard de l'ensemble.

La répartition se fait elle classiquement en fonction de la masse salariale ou des ETP dans de nombreux établissements, ce qui semble dans un premier temps pertinent au CHGR pour garantir l'égalité entre les pôles. La somme pourrait ensuite être modulée, en fonction notamment de l'intéressement ou encore de la qualité des projets de formation proposés.

Enfin, en termes de montée en charge, il peut être opportun de commencer au niveau d'un pôle pour évaluer la pertinence du champ délégué et de l'enveloppe versée avant de déployer la délégation sur l'ensemble des pôles. Au CHGR, il semble logique de commencer avec le pôle constitué selon la réglementation (pôle G3-G9-G12), avec un seul pôle et plusieurs structures internes (et non des fédérations de pôles comme il est également envisagé).

La contractualisation revêtant une importance capitale, la loi HPST est un moteur essentiel pour les DRH dans la conduite de la politique de formation puisqu'elle les contraint à organiser leur démarche autrement et à articuler les objectifs de pôles, relayant notamment les objectifs individuels mais aussi leurs propres projets, et les axes institutionnels. Toute délégation s'accompagne néanmoins de procédures pour la garantir. En effet, plus on décentralise, plus il est nécessaire de mettre en place des procédures et des lieux de concertation pour que se développe cette culture de la formation commune et pour garantir la cohésion institutionnelle.

B) Propositions d'accompagnement de l'organisation polaire en matière de formation

Les principales questions que pose la délégation de la formation aux pôles, et plus largement sur tout le champ des ressources humaines, sont évidemment l'égalité entre les agents et les modalités de contrôle de l'exercice de la délégation dont on se dote.

En ce sens, il semble très important de maintenir un lien très régulier avec les pôles, et c'est un rôle fondamental du service formation. Le suivi effectué doit donc porter à la fois sur la consommation d'enveloppes (pour vérifier que le pôle ne dépasse pas ses objectifs de dépenses) et sur les bénéficiaires de ces actions de formation, pour veiller à la pluralité des personnels ayant recours aux formations. Une rencontre trimestrielle de suivi semble pertinente pour assurer une bonne conduite de l'enveloppe de pôle.

Par ailleurs, il est important que les projets de pôle, et leur mise en œuvre, fassent l'objet de présentations et de suivis au sein de la CCFPC pour garantir la cohésion institutionnelle. L'intégration de cadres dans la commission serait également en ce sens importante car elle replacerait les objectifs des pôles dans le cadre plus global de la politique de formation de l'établissement.

Conclusion

Les principes de délégation imposés par la loi HPST et les décrets d'application de juin 2010 vont donc bouleverser l'organisation des politiques de formation des établissements de santé. Pour le CHGR, la délégation peut permettre une réappropriation par les pôles de la formation, nécessitant une réelle implication des cadres. Toutefois, le risque de balkanisation des pôles est réel, et l'individualisation de certains nouveaux dispositifs du décret du 21 août 2008 peut être accentuée et légitimée par l'autonomie polaire. Le rôle des DRH est donc de garantir la cohérence institutionnelle, mais aussi de croire au potentiel de ses agents, et au moteur que peut constituer l'initiative individuelle.

Les établissements commencent à peine à s'approprier la FPTLV et l'ensemble de ses dispositifs qu'une réforme nouvelle émerge. Celle-ci est susceptible d'ébranler l'équilibre de la formation professionnelle des agents non médicaux à l'hôpital : il s'agit du Développement Professionnel Continu (DPC), issu de la loi HPST.

Le DPC est né de la volonté d'adopter une logique de plus en plus individualisée à la Formation Médicale Continue (FMC). A l'accréditation (puis certification) de structure se sont ensuite adjointes les Evaluations de Pratiques Professionnelles (EPP) collectives, puis l'accréditation individuelle. Le DPC est donc la conclusion de ce mouvement, et le rapprochement de la logique collective issue des EPP et de la logique individuelle de l'accréditation et de la FMC. L'article L 4133-1 du code de la santé publique précise : « Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ».

Il concerne en premier lieu les médecins, mais il a été étendu aux auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, diététiciens...), en vue de développer des actions de formation commune entre ces professionnels. Si cette idée est évidemment intéressante et pertinente dans le contexte actuel, l'organisation du DPC vient chambouler le dispositif de FPTLV. Deux risques sont d'ores et déjà identifiés par les établissements de santé, l'ANFH et les organisations syndicales. D'une part, la prééminence et le caractère obligatoire du DPC risque de fragiliser l'unité du plan de formation, en séparant les professions soignantes et les professions non soignantes. Or, dans le contexte des restructurations, nous avons bien montré l'importance de l'amélioration des compétences des personnels techniques, ouvriers mais aussi informatiques par exemple. La gestion financière du DPC va avoir des répercussions sur

la gestion de l'enveloppe des 2,1%, puisque celle-ci est destinée à l'ensemble des agents non médicaux de la FPH. Quelle sera donc la répartition opérée entre auxiliaires médicaux et autres agents ? Il s'agit d'un premier enjeu majeur de la réforme. D'autre part, c'est le principe du paritarisme qui semble fragilisé. Les organismes gestionnaires du DPC ne sont pas constitués sur le format des OPCA à savoir le paritarisme corps de direction/syndicats. Quelle place sera donc accordée encore à l'ANFH dans ce système ? Quelle place sera laissée au dialogue social dans la gestion de la formation des auxiliaires médicaux ? Autant de questions toujours en suspens dans l'attente des textes d'application et des nombreux arbitrages en cours.

Le DPC constitue en tout cas en lui-même un sujet vaste et complexe, qui fera sans doute l'objet de prochains mémoires d'Elèves Directeurs d'Hôpital...

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

- Loi n° 2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Loi n° 2009-1437 du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie
- Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
- Décret n°90-319 du 5 avril 1990 modifié relatif à la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière
- Décret n°2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière
- Décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé
- Arrêté du 3 septembre 2010 relatif à l'évaluation de la période de professionnalisation pour les agents de la fonction publique hospitalière.
- Circulaire N°DHOS/P1/2007/369 du 9 octobre 2007 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) 2007
- Circulaire N°DHOS/RH2/RH4/2009/173 du 22 juin 2009 relative à l'application du décret N° 2008-824 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière.

Publications de l'Association Nationale pour la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie du Personnel Hospitalier (ANFH)

- Guide ANFH « comprendre et mettre en œuvre la réforme de la formation professionnelle tout au long de la vie »
- Guide pratique ANFH Bretagne « construire ensemble la formation »
- Guide du responsable de la formation continue (RFC) de l'ANFH

- Supports de la 16ème journée Carrefour formation ANFH Bretagne intitulée « cadre et service de formation continue, une collaboration au service des compétences », jeudi 17 juin 2010, Rennes- le Triangle

Ouvrages :

- T.ARDOUIN, J-M BONMATI ET J-L JUILLET, juillet 2009 *Ressources humaines à l'hôpital, pilotage social et performance*, Paris, collection les indispensables, éditions Berger-Levrault, 569 p.
- B.CHAMINADE, 2008, *Guide pratique RH et compétences, dans une démarche qualité*, La Plaine Saint-Denis, éditions afnor, 540 p.
- J-M. BONMATI, 1998, *Les ressources Humaines à l'hôpital, un patrimoine à valoriser*, Paris, éditions Berger Levrault, 325 p.
- O.DERENNES et A.LUCAS, 2005, *Le développement des ressources humaines, tome 2*, Rennes, éditions ENSP, 445 p.
- J-O ARNAUD et G.BARSACQ, 1989, *La dynamisation des ressources humaines à l'hôpital*, éditions ESF – Entreprise moderne d'édition, 130 p.
- P.BLOCH, R. HABABOU, D.XARDEL, janvier 1998, *Service Compris – Les clients heureux font les entreprises gagnantes*, éditions Marabout, 311p.

Articles

- M.AUDOIRE, mars-avril 2008, *Formation professionnelle tout au long de la vie : quelles répercussions ?*, Revue hospitalière de France, n°521, pp63-65
- L.BRAY, mai-juin 2009, *Formation professionnelle continue : les cadres, les acteurs stratégiques*, Revue hospitalière de France, n° 528, pp.30-36
- G.LE BOTERF, février 2010, *Développer les compétences collectives dans les hôpitaux et les centres de soins*, Gestions hospitalières, n°49, pp.87-91
- P.ROMAN-RAMOS, décembre 2008, *Formation professionnelle continue des infirmiers hospitaliers, éléments d'analyse des besoins*, Gestions Hospitalières, n° 481, pp.731-737
- L.BRAY, février 2009, *Des perspectives pour l'ANFH ?*, Cahiers Hospitaliers, Berger Levrault, n° 253, pp.6-9
- J-M.BARBOT, janvier 2009, *Les directeurs des ressources humaines et la réforme de la formation professionnelle tout au long de la vie*, Santé RH – la lettre des Etablissements Sanitaires, Sociaux et Médico-Sociaux, n°2, pp.15-19

- H. de FAVERGES, janvier 2010, *le DIF et la Fonction Publique Hospitalière*, Santé RH – la lettre des Etablissements Sanitaires, Sociaux et Médico-Sociaux, n° 13, pp.14-19
- *La loi sur la formation professionnelle, ce à quoi l'entreprise doit veiller*, décembre 2009, RF Social, n°92, pp.17-32
- Alain MICHEL, *l'ANFH et la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences*, Revue hospitalière de France, mai-juin 2010, p.36 à 38

Sites internet :

- www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr: répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière
- <http://www.anfh.asso.fr/index.php> : site ANFH national :
- www.anfh.asso.fr/vie_des_regions/presentation_par_region/region.php?idc=3&idp=13&id=6: site ANFH Bretagne
- <http://ars.sante.fr/Developpement-professionnel-co.82344.0.html>: portail des ARS, présentation du Développement Professionnel Continu

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des participants aux groupes de travail et des personnes rencontrées en entretien

Annexe 2 : Calendrier actuel d'élaboration du plan de formation

Annexe 3 : Proposition de modification de calendrier d'élaboration du plan de formation.

Annexe 4 : Projet de charte relative à la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie au CHGR – Etat d'avancement des travaux du groupe de travail au 20/09/10

Annexe 1 : LISTE DES PARTICIPANTS AUX GROUPES DE TRAVAIL ET DES PERSONNES RENCONTREES EN ENTRETIEN

Participants au groupe de travail sur la charte Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie (FPTLV) du Centre Hospitalier Guillaume Régnier

Maryvonne RUMEUR : représentant du personnel membre de la CCFPC

Patrick PIHERY : représentant du personnel membre de la CCFPC

Isabelle DUCHEMIN : représentant du personnel membre de la CCFPC

Isabelle BIZET ; représentant du personnel membre de la CCFPC

Leïla METARFI : représentant du personnel membre de la CCFPC

Maryvonne MAGUERO : Attachée d'Administration Hospitalière, Direction des Ressources Humaines

Pascal MARVIE : Attachée d'Administration Hospitalière, Direction des Services Economiques

Bertrand LE GOUEFF : cadre au service technique

Béatrice GUIHARD : cadre de santé

Michel BRANDILY : directeur des soins

André IVILLARD : représentant du personnel membre de la CCFPC

Nadine MARTIN : représentant du personnel membre de la CCFPC

Didier RIBOT : représentant du personnel membre de la CCFPC

Nelly MICHEL : représentant du personnel membre de la CCFPC

Jean-Yves QUINIO : Directeur des Affaires Médicales et de la Formation Continue

Chantal VISSOUARN : directrice des soins au CHGR

Lionel PETIT : cadre de santé

Catherine REY : adjoint des cadres au service formation

Participants au groupe de travail Fédération Hospitalière de France Bretagne, en vue de l'élaboration d'un outil régional de négociation et d'aide à la décision en matière de FPTLV

Eric BERTRAND : Directeur des ressources humaines des centres hospitaliers de Lannion et de Paimpol

Marylou LEIGHTON : Déléguée à la formation professionnelle au CHU de Rennes

Morgane BIDAULT : Directrice chargée des ressources humaines et de la formation professionnelle au centre hospitalier de Saint-Brieuc

Monique ROUSSEL : déléguée régionale à l'ANFH Bretagne

Jean-Yves QUINIO : Directeur des Affaires médicales et de la Formation Continue au centre Hospitalier Guillaume Régnier (CHGR)

Autres personnes rencontrées dans le cadre d'entretiens

Jean-Yves QUINIO : Directeur des Affaires médicales et de la Formation Continue au centre Hospitalier Guillaume Régnier (CHGR)

Chantal VISSOUARN : directrice des soins au CHGR

Monique ROUSSEL : déléguée régionale à l'ANFH Bretagne

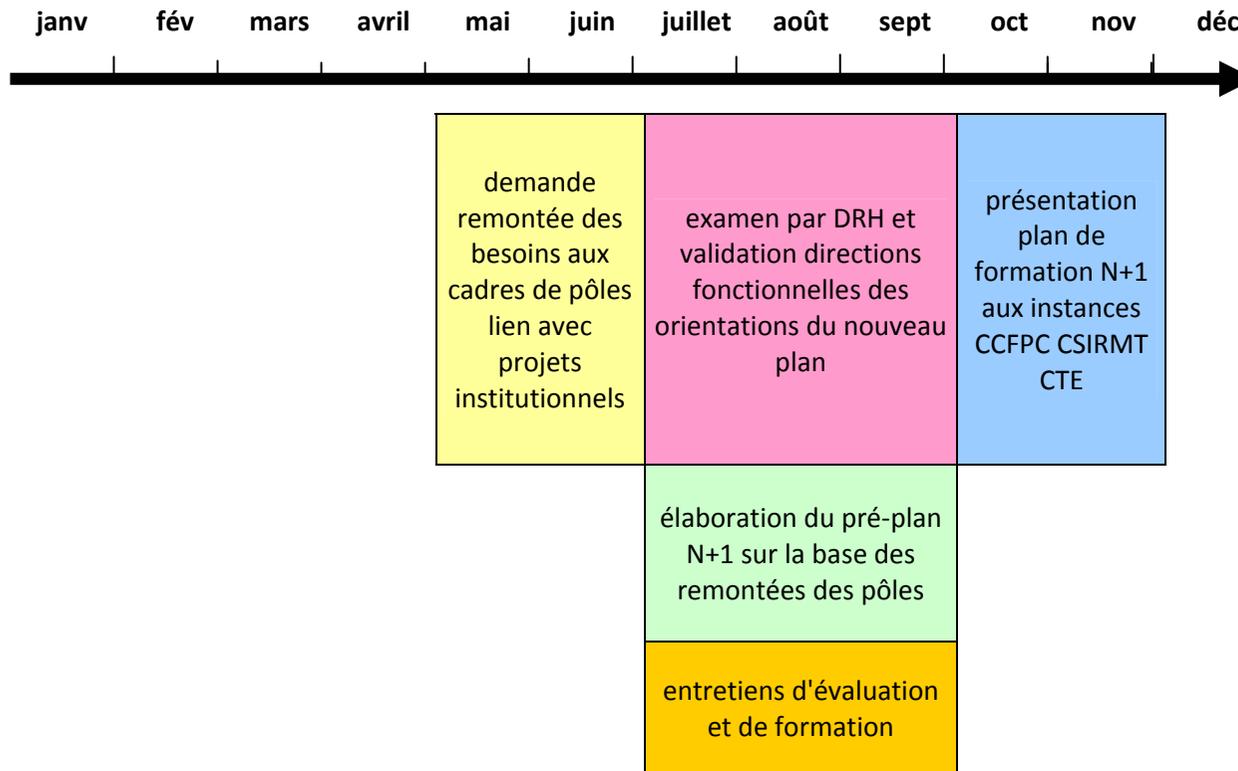
Benoît FOUCHER : directeur adjoint à l'ANFH

Richard ROUXEL : directeur des Ressources Humaines du CHGR

Lionel PETIT : cadre de santé

Annexe 2 : CALENDRIER DE L'ELABORATION ACTUELLE DU PLAN DE FORMATION AU CHGR

Année N



Annexe 4 : PROJET DE CHARTE SUR LA FORMATION PROFESSIONNELLE TOUT AU LONG DE LA VIE AU CHGR

(Etat d'avancement du groupe de travail au 20 septembre 2010)

CHARTRE **FORMATION PROFESSIONNELLE TOUT AU LONG DE LA VIE** **CENTRE HOSPITALIER GUILLAUME REGNIER**

Cette charte, issue d'un travail de discussion et de négociation entre direction, partenaires sociaux et cadres, de avril 2010 à octobre 2010, a vocation à présenter le cadre, les règles et les pratiques en matière de formation professionnelle tout au long de la vie que se donne le Centre Hospitalier Guillaume Régnier.

Cette charte concerne l'ensemble des agents non médicaux de l'établissement, quels que soient leur statut (titulaire, non titulaire sur poste permanent, non permanent, public, privé, contrat aidé), leur position (activité, mise à disposition, détachement etc...), la date et la durée de leur recrutement (hors dispositions spécifiques précisées dans le corps de la charte)

Elle s'appuie sur deux textes fondamentaux qui ont modifié de façon significative la formation professionnelle des agents de la fonction publique hospitalière :

- **la Loi de modernisation de la fonction publique du 2 février 2007 :**
- **le décret du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie dans la FPH**

La circulaire DHOS du 22 juin 2009 a par ailleurs apporté des éclairages sur l'application de ce nouveau dispositif de formation.

Cette charte a été présentée en commission consultative de formation professionnelle continue le ... et en CTE le ... et ne pourra être modifiée qu'après avis de cette instance.

Article 1 : Objectifs de la FPTLV

La formation professionnelle tout au long de la vie des agents titulaires et non titulaires de la fonction publique hospitalière a pour but de :

- Favoriser le développement de leurs compétences, faciliter leur accès aux différents niveaux de qualification professionnelle, permettre leur adaptation et contribuer à leur intégration et à leur promotion sociale ;

- Leur permettre d'exercer avec efficacité les fonctions qui leurs sont confiées pour satisfaire les besoins des usagers et pour une réalisation optimum des missions du service ;
- Favoriser leur mobilité et la réalisation de leurs aspirations professionnelles personnelles.

Article 2 : Typologie et catégories de formation

Les principaux objets des actions de formation professionnelle tout au long de la vie (FPTLV) à mettre en œuvre sont mentionnés selon la typologie suivante:

1. Donner aux personnes sans qualification professionnelle accédant à un emploi une **formation professionnelle initiale** théorique et pratique afin de les préparer à occuper un emploi

Ces actions sont destinées à faciliter l'intégration de personnes nouvellement recrutées qui accèdent à l'emploi

2. De garantir, de maintenir ou de parfaire les connaissances et la compétence des agents en vue d'assurer :

- a. Leur **adaptation immédiate** au poste de travail :

Ces actions visent à faciliter l'exercice de nouvelles fonctions après une mutation ou une promotion, actions intervenant dans le cadre de la prise de fonctions permettant à l'agent d'être rapidement opérationnel. Elles sont également destinées à adapter l'agent aux évolutions de son poste de travail en lien avec l'environnement professionnel direct.

- b. Leur **adaptation à l'évolution prévisible des emplois**

Ces actions ont pour but d'approfondir les connaissances de l'agent afin de le maintenir au niveau d'exigence requis pour l'évolution prévisible de son emploi et d'anticiper ses évolutions.

- c. Le **développement de leurs connaissances ou compétences** et l'acquisition de nouvelles connaissances ou compétences

Ces actions ont notamment pour objectif l'approfondissement de la culture professionnelle ou du niveau d'expertise pour élargir les compétences d'un agent ou en vue de la construction d'un parcours de professionnalisation individualisé avec la perspective d'acquérir les connaissances utiles pour une évolution.

3. De proposer aux agents des actions de **préparation aux examens et concours** et autres procédures de promotion interne

4. De permettre aux agents de suivre des études **favorisant la promotion professionnelle**, débouchant sur les diplômes ou certificats du secteur sanitaire et social
5. De proposer aux agents des **actions de conversion** leur permettant d'accéder à des emplois exigeant une qualification nouvelle ou à de nouvelles activités professionnelles
6. De permettre aux agents de parfaire leur formation en vue de réaliser des projets personnels et professionnels, grâce notamment **au congé de formation professionnelle**.
7. De proposer aux agents un **bilan de compétences**
8. De préparer les agents à la **VAE** en vue de l'acquisition d'un diplôme, d'un titre à la finalité professionnelle ou d'un certificat de qualification ayant vocation à être inscrit au répertoire national des certifications professionnelles.

Article 3 : Initiative des formations

Les actions de formation peuvent être initiées à la fois par l'agent et par l'établissement.

Le tableau suivant détaille l'initiative des formations en fonction des actions conduites.

Proposition de l'employeur à l'agent	Demande de l'agent avec validation de l'employeur	L'agent seul (sous réserve de l'octroi d'une autorisation d'absence)
Toutes les actions du plan de formation	Toutes les actions du plan de formation	
Périodes de professionnalisation	Périodes de professionnalisation	
	DIF	
	Préparation de concours	
	VAE	VAE
		Congé de bilan de compétences
		Congé de Formation Professionnelle

Article 4 : Le DIF

Article 4-1 Le cadre réglementaire du DIF

Le DIF est un **droit reconnu à chaque agent de demander** une formation dans le cadre d'un contingent d'heures attribué annuellement. Il est une des modalités du plan de formation qui donne accès aux agents à des actions de formation à leur initiative sous réserve de l'accord de l'employeur

Le DIF se distingue du Congé de Formation Professionnelle, puisqu'il nécessite l'accord de l'employeur.

Le DIF concerne les actions de formation visant à

- garantir, de maintenir ou de parfaire les connaissances et la compétence des agents en vue d'assurer leur adaptation à l'évolution prévisible des emplois (2b) ou le développement de leurs connaissances ou compétences et l'acquisition de nouvelles connaissances ou compétences (2c)
- des actions de préparation aux examens et concours

Les droits pouvant être **acquis sont de 20h par an** pour un agent à temps plein. Ils sont **cumulables jusqu'à 120h et anticipables** à hauteur des droits déjà acquis. Les droits sont **transférables** dans un autre établissement de santé, voire auprès d'une autre administration.

Enfin, ces droits doivent être **annuellement communiqués à l'agent**. Aussi, les droits horaires en matière de DIF seront inscrits sur le bulletin de paie du mois de janvier de l'année N+1 de chaque agent.

Article 4-2 les actions intégrées au DIF au CHGR

Le DIF s'inscrit dans l'enveloppe des 2,1 % de la masse salariale. En conséquence, **seules les actions inscrites dans le plan peuvent être sollicitées dans le cadre du DIF.**

Pur rappel réglementaire, les formations d'adaptation immédiate à l'emploi ne sont pas « diffables » (2a)

En revanche, le choix du CHGR est d'intégrer de façon systématique dans le DIF les actions de formation qui relèvent d'une initiative éminemment individuelle, à savoir :

- les actions relevant du 2c
- les congrès et les colloques
- les préparations aux concours (cf. article 7.2)
- les actions complémentaires de bilan de compétences et VAE

Remarque importante : cela ne signifie pas que ces actions de formation ne pourraient pas être suivies si l'agent n'a pas de droit DIF. Mais ceci peut créer un critère de priorité d'accès.

Article 4-3 DIF et temps de travail

L'établissement fait le choix de positionner le DIF systématiquement sur le temps de travail.

Article 4-4 La formalisation des demandes

Elle se fait à l'aide d'un formulaire DIF spécifique.

Article 5 : Modalités et critères d'analyse des demandes de formation

En ce qui concerne les formations diplômantes et qualifiantes, étudiées dans le cadre de la commission des formations, il est instauré deux fenêtres de dépôt des dossiers, et ce afin d'éviter la dispersion des demandes tout au long de l'année, et ainsi avoir une vue d'ensemble sur les demandes et mieux hiérarchiser les demandes en fonction des critères définis (cf. infra)

Choix des fenêtres :

- janvier-février, pour étude à la commission des formations de mars
- avril mai, pour étude à la commission des formations de juin

Ces fenêtres permettent par ailleurs de répondre à l'exigence du délai de deux mois pour des demandes formulées dans le cadre du DIF.

En ce qui concerne les formations **universitaires**, seule la première fenêtre est retenue.

Le tableau suivant présente les modalités et les critères d'analyses des demandes de formation, selon leur nature.

Actions de formation classiques	Actions de formation diplômantes et qualifiantes
<p>Actions de formation concertées</p> <p>Analyse par DRH sur les bases suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avis du cadre, notamment au regard de l'entretien d'évaluation et de formation, sur la hiérarchisation des priorités d'accès aux formations: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cohérence et pertinence de l'action de formation envisagée avec le projet professionnel de l'agent ○ Nombre de formations suivies durant les trois dernières années. • Répartition cohérente et équitable entre les pôles 	<p>Actions de formation type DU, masters ...</p> <p>Avis de la commission des formations après analyse sur les bases suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertinence du projet au regard du projet d'établissement et/ou du projet de pôle • Cohérence et pertinence de l'action de formation envisagées avec le projet professionnel de l'agent • Avis favorable et motivé de l'encadrement • Avis des directions fonctionnelles concernées • Nb de formations antérieures suivies dans les trois dernières années • Nb de refus déjà octroyés sur la même formation pour motif financier • Rapport entre coût et intérêt du projet • motivation de l'agent (argumentaire) • Droits DIF acquis (y compris droit à anticipation)
<p>Actions de formation non concertées</p> <p>Analyse par DRH et par la DS pour les personnels paramédicaux sur les bases suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluation du coût (frais pédagogiques et frais de déplacement) • Avis motivé du cadre • Pertinence de l'action au regard du projet d'établissement et/ou du projet de pôle • Cohérence et pertinence de l'action de formation envisagées avec le projet professionnel de l'agent • disponibilité du financement dans l'enveloppe annuelle du pôle. 	

Article 6 : Formations et temps de travail

Le principe inscrit dans le décret du 21 août 2008 est que les **formations se déroulent sur le temps de travail.**

Néanmoins, dans le cadre du plan de formation, des actions peuvent être prises hors temps de travail dans la limite de 50h pour les formations de catégorie 2b et 80h pour les formations de catégorie 2c dès lors qu'elles ne sont pas sollicitées dans le cadre du DIF

(cf. article 4-3).

Au CHGR, le choix est de positionner le DIF systématiquement dans le temps de travail. En revanche, certaines formations de catégories 2b et 2c pourront le cas échéant être prises hors temps de travail si elles ne sont pas prises sur le DIF.

Article 7 : Préparations aux concours

Article 7-1 objet des préparations aux concours

Les actions de formation de préparation aux concours permettent aux agents de suivre des cours pour accéder à un nouveau grade ou cadre d'emploi par la voie des concours ou examens professionnels.

Article 7-2 dispenses et décharges

Lorsque les actions de formation sollicitées sont données pendant les heures normales de service, les décharges de service sont accordées de droit pour **cinq jours de travail par an**.

Au-delà de ces cinq jours de droit, l'agent utilise son crédit DIF pour suivre ces formations de préparation aux concours sur le temps de travail. Au-delà des cinq jours de droit et du crédit DIF y compris par anticipation (ou si l'agent n'a plus de temps DIF disponible), la préparation est suivie sur le temps personnel, hors temps de travail.

Article 7-3 bénéficiaires :

Les bénéficiaires des préparations aux concours peuvent être contractuels, stagiaires ou titulaires. Toutefois, selon les concours, les accès à ces préparations aux concours peuvent être limités aux titulaires, et exiger une ancienneté minimale dans la fonction. Ces modalités d'accès sont rappelées dans les appels à candidature des différentes préparations.

Article 7-4 modalités de sélection

Les dossiers de demandes de préparation aux concours comportent systématiquement

- une appréciation de l'encadrement sur la capacité de l'agent à exercer les fonctions pour lesquelles il sollicite une préparation.
- un courrier de l'intéressé présentant ses motivations.

Un jury pourra procéder à un oral d'entretien avec les candidats

Article 7-5 autorisation d'absence pour concours

Les agents se présentant à un concours ou examen bénéficient d'autorisations d'absence pour la durée des épreuves écrites ou orales d'un concours, à raison de trois concours au maximum par an. Cette disposition concerne les titulaires et les contractuels justifiant d'une ancienneté de plus de 6 mois. Cette prérogative vaut pour les concours d'entrée en IFAS, IFSI, IFCS et l'ensemble des concours de la fonction publique hospitalière.

Article 8 : Promotion professionnelle

La promotion professionnelle vise à obtenir la nomination dans un grade ou dans un emploi supérieur. Cette promotion professionnelle peut se faire par les dispositifs suivants :

- une entrée dans une école, un institut ou un cycle de la FPH, qui débouche sur une titularisation dans un corps de la FPH
- une préparation aux concours des trois fonctions publiques, débouchant sur une réussite, et amenant à l'intégration dans un corps de la fonction publique (cf. article 6)
- les études promotionnelles : préparation d'une promotion via l'obtention d'un diplôme ou d'un certificat figurant sur une liste fixée par arrêté ministériel.

Le financement de la promotion professionnelle relève du plan de formation de l'établissement. Les études promotionnelles bénéficient par ailleurs de financements complémentaires (fonds mutualisés FMEP ou FORMEP) relevant d'une décision de l'OPCA, sur la base d'une demande de financement complémentaire émise par l'établissement.

Il relève de la direction de l'établissement de construire un plan promotionnel qui soit un volet de la mise en œuvre du projet d'établissement.

En dehors de la politique institutionnelle définie par l'établissement, la promotion professionnelle se fait dans le cadre du CFP.

Les études promotionnelles relèvent pleinement de la politique institutionnelle de l'établissement. Cela induit qu'en tout état de cause, toute réussite au concours ne signifie pas forcément le financement de la scolarité du lauréat. Dans ce cas, un report de scolarité peut être proposé à l'agent.

Dès lors, les prises en charge d'études promotionnelles sont faites en fonction de plusieurs critères :

- le plan promotionnel de l'établissement
- les crédits disponibles
- une présélection interne

Dans l'optique de garantir une équité entre les lauréats de concours sollicitant un financement de leur scolarité, ceux qui ont réussi le concours sans avoir bénéficié de la préparation (et donc sans la présélection interne) devront également fournir une lettre de motivation et l'avis de leur encadrement, et seront éventuellement soumis à l'examen de leur candidature par un jury.

Les critères de choix liés à la présélection interne sont :

- le projet professionnel de l'agent,
- l'avis de l'encadrement
- le classement au concours
- l'ancienneté dans la FPH/dans l'établissement
- l'évaluation de l'agent
- avis de la direction fonctionnelle concernée

Article 9 : Le passeport formation

Un document appelé passeport de formation est remis à chaque agent par l'établissement **(un dossier papier ? un document à télécharger sur l'intranet avec un guide d'usage ?)**. Les actions de formation auxquelles l'agent a participé comme bénéficiaire ou comme formateur y sont mentionnées. Il est rempli par l'agent qui en dispose.

Il est destiné à recenser les diplômes et les titres obtenus au cours du cursus de formation initiale et les expériences professionnelles acquises pendant les périodes de formation ou de stage. Il permet de mentionner la réalisation de bilans de compétences, la nature et la durée des actions suivies au titre de la formation professionnelle continue et les certifications à finalité professionnelle obtenues dans le cadre de la formation continue ou de la validation des acquis de l'expérience. Il permet aussi de mentionner les emplois exercés et les aptitudes professionnelles mises en œuvre dans le cadre de ces emplois.

Le passeport permet d'inscrire en annexe les décisions en matière de formation qui seraient prises lors des entretiens de formation ou à la suite de bilans de compétences.

Article 10 : L'entretien annuel de formation

Les agents bénéficient chaque année d'un entretien de formation avec leur supérieur hiérarchique visant à déterminer leurs besoins de formation.

Un compte rendu de l'entretien de formation est établi sous la responsabilité du supérieur hiérarchique. Les objectifs de formation proposés pour l'agent y sont inscrits. L'agent en reçoit communication et peut y ajouter ses observations. Ce compte rendu est versé à son dossier.

L'agent est informé par son supérieur hiérarchique des suites données à son entretien de formation. Les refus opposés aux demandes de formation présentées à l'occasion de l'entretien de formation sont motivés.

Article 11 : La période de professionnalisation

(Décrets d'application en attente)

Les périodes de professionnalisation ont pour objet de prévenir les risques d'inadaptation des agents à l'évolution des méthodes et des techniques ou de favoriser leur accès à des emplois exigeant des compétences nouvelles ou correspondant à des activités professionnelles différentes ou à des qualifications différentes.

Ce dispositif est basé sur :

- une alternance, alliant séquences de formation et exercice d'activités professionnelles
- un tuteur
- une évaluation des compétences acquises

Ce dispositif de formation peut être demandé par l'agent ou proposé par l'établissement. Dans le cas d'une initiative de l'agent, l'établissement a deux mois pour se prononcer.

La période de professionnalisation se décline, sur une durée maximale de 6 mois, en une alternance d'une activité de service et d'actions de formation.

Les périodes de professionnalisation sont ouvertes :

- Aux agents qui comptent vingt ans de services effectifs ou âgés d'au moins quarante-cinq ans ;
- Aux agents dont la qualification est inadaptée au regard de l'évolution des technologies et de l'organisation du travail ;
- Aux agents en situation de reconversion professionnelle, de reclassement ou d'inaptitude physique ;
- Aux agents qui envisagent la création ou la reprise d'une entreprise ;
- Aux agents qui reprennent leur activité professionnelle après un congé de maternité ou après un congé parental ;
- Aux bénéficiaires de l'obligation d'emploi mentionnés à l'[article L. 5212-13 du code du travail](#). (travailleurs handicapés)

Cette période de professionnalisation peut se dérouler en partie hors temps de travail (jusqu'à cinquante heures.) Une convention entre l'établissement et l'agent définit les objectifs et les caractéristiques de cette période, le nombre d'heures de formation suivies, la part suivie hors temps de travail. Elle porte par ailleurs mention des engagements réciproques des deux parties.

Article 12: Le congé pour bilan de compétences

Les agents titulaires et titulaires qui justifient d'au moins deux ans de services effectifs bénéficient sur leur demande, d'un congé pour bilan de compétences qui ne peut excéder annuellement et par bilan, 24 heures du temps de travail, consécutives ou non.

Le bilan de compétences a pour objectif d'analyser les compétences, aptitudes et motivation d'un agent afin de définir un projet professionnel et, le cas échéant, un projet de formation.

Article 13 : Le congé pour validation des acquis et de l'expérience (VAE)

Les agents titulaires et contractuels ont la possibilité de demander à bénéficier d'actions de formation en vue de la validation des acquis de leur expérience.

Ce congé ne peut excéder une durée de 24 heures du temps de service et cette durée peut-être fractionnable.