



Rapport final et préconisations

ETUDE SUR LES PARCOURS QUALIFIANTS

ANFH Région PROVENCE ALPES COTE D'AZUR

Version 1
01/2011

Version 2
04/2011

Coordination de l'étude :

Marc DUMON, Délégué régional ANFH PACA

Marie-Hélène BONNEFOND, Chargée de mission ANFH PACA

Auteurs :

Danielle FIORINI-MILLOT, DFM Conseil

Christine MORIN, GIP Formation et Insertion Professionnelles
de l'Académie de Nice



SOMMAIRE

Préambule.....	4
Parcours qualifiants ? Quelles définitions ?	6
Caractéristiques de l'échantillon	9
Méthodologie adoptée	10
Acteurs sollicités.....	11
I. Dans quels contextes, orientations s'inscrivent les parcours qualifiants ?.....	13
• La T2A (Tarification à l'Activité) dans les hôpitaux.....	13
• Grille AGGIR , modèle PATHOS, Gir Moyen Pondéré dans les EHPAD et SSIAD	13
• Une nouvelle organisation territoriale des soins.....	15
• La réforme des retraites	15
• Les postes financés	16
• Une Gestion des Ressources Humaines « au fil de l'eau »	16
• Une utilisation paradoxale de l'«outil» formation :	17
• La famille des soins en difficulté récurrente, des unités et services en déficit d'image ..	18
• Des conditions de travail générant souffrance et usure professionnelles	18
• Les métiers en tension.....	21
• Les pratiques de recrutement.....	22
II. Comment sont financés les parcours qualifiants ?	26
• Le nombre des bénéficiaires.....	26
• L'usage des dispositifs de la FTLV	27
• la prise en charge des parcours	27
• la taille de l'établissement	29
• le coût des parcours.....	29
• Les tarifs des IFSI.....	32
III. Déroulement des parcours, interruptions, sorties de qualification ?	36
• Les parcours qualifiants dans le cadre des fonds mutualisés.....	36
• Les parcours qualifiants de notre échantillon	37
• Quelles certifications préparées ?	38
• L'origine professionnelle des bénéficiaires.....	38
• Le parcours-type	41
• Des pratiques sélectives dans les établissements.....	43



- Les concours et la problématique des listes de report 45
- Les ruptures de parcours en cours de formation..... 47
- Les sorties de parcours et la gestion de « l'obligation de servir » 48

IV. Nos préconisations 53

A. Préconisations concernant les Etablissements adhérents..... 54

1. Les ressources humaines..... 54
2. Mettre en place une coopération en réseau 58
3. La communication externe..... 58

B. Préconisations concernant L'ANFH..... 60

1. Mettre en place ou réactiver un groupe travail de DRH pour harmoniser les pratiques des établissements : 60
2. Prioriser les financements : 60
3. Apporter une aide méthodologique 61
4. Créer un centre de ressources « formation » 62
5. Mutualiser..... 62
6. Impulser..... 62
7. Valoriser 63

C. Préconisations concernant les Organismes de Formation..... 65

1. Individualiser, personnaliser les parcours..... 65
2. Diversifier les outils de la formation..... 65
3. Professionnaliser les tuteurs..... 65
4. Créer une banque des lieux de stage..... 66

BIBLIOGRAPHIE 67

ANNEXES 69

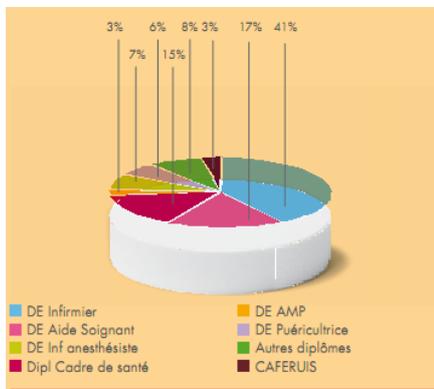
Préambule

Plus de 11 000 projets de recrutements dans le secteur en 2010 sur les emplois de :

- Aides à domicile : 5 500
- Aides-soignants : 3 200
- Infirmiers : 2 000
- Techniciens médicaux et préparateurs : 700
- Spécialistes de l'appareillage médical : 200.

Hormis pour les « techniciens médicaux et préparateurs », tous les projets de recrutements ont été déclarés particulièrement difficiles par les employeurs.
(Enquête BMO 2010 - Pôle Emploi - Credoc)

Source : ORM, Tableau de bord du secteur sanitaire et social en PACA, novembre 2010



Source : Rapport d'activité 2009, ANFH PACA

En juin 2010, la délégation régionale de L'ANFH, Organisme Paritaire Collecteur Agréé de la Fonction Publique Hospitalière, a commandité une étude sur les parcours qualifiants pour **optimiser les financements de formation** dans un contexte :

- ✓ de difficultés objectives à pourvoir des emplois de soignants dans les établissements du secteur sanitaire et social en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), et ce malgré la forte densité d'infirmiers dans cette région (888 infirmiers de moins de 65 ans pour 100 000 habitants) ¹
- ✓ de réforme de l'organisation territoriale du système de santé. La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » promulguée le 21 juillet 2009 génère un nouveau schéma d'organisation sanitaire et social et des changements, recompositions d'emplois doivent être anticipés dans cette nouvelle donne.

Dans le temps de réalisation de cette étude, la Direction Générale de l'Organisation des Soins (DGOS) du Ministère du travail, de l'emploi et de la santé diffusait une lettre-circulaire (le 26 novembre 2010) aux directions des agences régionales de santé (ARS) et établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour souligner les difficultés de financement des études en vue de l'obtention du diplôme d'état d'infirmier en qualifiant la situation de « préoccupante » dans de nombreuses régions ².

En 2009, **1245 agents ont bénéficié d'une prise en charge de leurs études promotionnelles (tous fonds confondus), ces études représentent 22 % des fonds collectés et 55 % des dépenses engagées par L'ANFH en région PACA.** Cet investissement traduit une politique forte de la délégation régionale qui accompagne les établissements adhérents dans la qualification des personnels soignants (1171 agents) et les agents qui, à titre individuel, bénéficient d'un congé de formation professionnelle (74 agents).

¹ Source : BARLET Muriel, CAVILLON Marie, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Direction interministérielle, « La profession infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles », Série Etudes et Recherche n° 101, novembre 2010. Dans cette étude, la région PACA fait partie des 5 régions administratives les mieux dotées en infirmiers.

² Lettre-circulaire DGOS du 26 novembre 2010 relative au financement des études promotionnelles d'infirmier des agents relevant de la FPH

Les études préparant le diplôme d'Etat d'infirmier représentent 41 % des dépenses engagées.

Cette étude vise à mieux connaître les sources de financement, les outils de la Formation Tout au Long de la Vie utilisés par les établissements adhérents pour anticiper et disposer des personnels qualifiés en nombre et qualité.

Les parcours qualifiants ne peuvent être étudiés sans interroger plus largement la gestion des ressources humaines (actuelle et prévisionnelle) dans les établissements confrontés à des problématiques de renouvellement, recrutement, mobilité des professionnels de santé.

Dans une optique plus « qualitative », il s'agira d'identifier les situations critiques et points d'achoppement dans le déroulement de parcours longs (de 1 à 3 ans). Il est également intéressant d'analyser les processus de sélection en amont de la formation et de sécurisation en aval qui peuvent rendre certains établissements et territoires plus attractifs que d'autres dans un marché du travail « tendu » et dans un environnement concurrentiel.

Au delà des financements et « coûts directs » (dépenses de scolarité, rémunérations...) dédiés à la formation qualifiante, des arbitrages, des choix (établissements, individus) dictent des comportements et des façons d'agir, ont des effets sur la relation formation - emploi.

Les attentes de L'ANFH

L'étude vise à **mettre en place des outils** afin d'élaborer une politique commune permettant l'optimisation des financements locaux ou régionaux dédiés aux parcours qualifiants.

Les objectifs spécifiques de cette étude sont :

- ✓ Etablir un état des lieux des éléments révélateurs d'éventuels dysfonctionnements en se rapprochant des différents acteurs,
- ✓ Mettre en place des outils permettant d'avoir une vision globale locale, territoriale et régionale des besoins,
- ✓ Apporter des éléments afin d'élaborer une politique commune de développement de la formation en matière de parcours qualifiants et d'aide au recrutement.

Au regard de ces objectifs, une réserve doit être émise compte tenu de l'échantillon des établissements concernés qui, par sa taille à savoir 16 établissements, ne permet pas d'aboutir à une vision régionale des besoins des 144 établissements adhérents à L'ANFH en PACA.

Cependant, nos choix méthodologiques (enquête qualitative de terrain, démarche participative avec les acteurs rencontrés) nous donnent un matériau riche et complet pour un état des lieux des pratiques de gestion des personnels soignants et de gestion de la formation dans des établissements divers en offre de soins et caractéristiques.

Les entretiens, réunions de travail, témoignages d'agents nous fournissent une base de connaissances sur les pratiques des établissements qui, au delà des financements qu'ils investissent et/ou mobilisent, contribuent au développement de compétences spécialisées.

Les attentes de l'ANFH lors de la commande de l'étude se concentraient sur une étude essentiellement quantitative et opérationnelle de l'usage des parcours qualifiants dans la fonction publique hospitalière. Au cours de notre étude, du fait de la spécificité du contexte dans lequel ils se déroulent, nous avons élargi, en accord avec le comité de suivi, le prisme de cette étude afin de prendre en compte les différents paramètres endogènes et exogènes qui influent sur les formations longues des salariés de la fonction publique hospitalière.

Parcours qualifiants ? Quelles définitions ?

Le concept de parcours se différencie du format standard de l'action de qualification qui, même si elle est encadrée par des référentiels et sanctionnée par une certification, ne constitue qu'une séquence de la trajectoire professionnelle.

Le parcours est une notion plus large qui impose de ne plus penser les dispositifs de formation comme une fin en soi mais bien comme inscrits dans une dynamique permanente d'évolution.

L'agent, en tant qu'acteur, est partie prenante de la construction de son parcours professionnel ; son histoire personnelle, ses attentes, sa motivation sont déterminants dans le processus de changement « d'identité professionnelle »

en œuvre. Les ressources disponibles et mobilisables dans son environnement (conseil, tutorat, accompagnement) et les conditions matérielles (formation, rémunération, logement) participent à le sécuriser dans cette évolution et l'aide, *in fine*, à s'adapter aux aléas, changements auxquels il sera confronté.

L'étude concerne les parcours qualifiants débouchant sur des diplômes et certificats reconnus par la fonction publique hospitalière. Ces diplômes sont accessibles par différentes voies : formation initiale et formation continue, certains d'entre eux sont accessibles par la voie de l'apprentissage et de la validation des acquis de l'expérience.

Une nomenclature des métiers ³ sert de référence au secteur sanitaire et social, elle est conçue pour les établissements afin de faciliter :

- ✓ La gestion collective des ressources humaines, notamment la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) dans un contexte de renouvellement de générations et de redéploiement d'emplois (communautés hospitalières de territoires, organisation en pôles)
- ✓ La gestion des carrières individuelles du recrutement au départ en retraite, cette nomenclature permet à chaque agent de se positionner et d'envisager un parcours d'évolution professionnelle.

Nous avons fait le choix d'aborder ces parcours en analysant les jalons de l'amont à l'aval et en s'intéressant :

1. aux situations critiques ou de rupture (report, abandon, démission...), sachant qu'elles « signalent » des dysfonctionnements (pédagogiques, organisationnels)
2. aux stratégies d'acteurs (établissements, agents) et aux mobilités des agents qualifiés
3. à l'effet structure (établissement) qui détermine l'attractivité, et la fidélisation des agents (pratiques « distinctives »).

³ <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/>



Champ d'étude : diplômes et certificats concernés

Famille	Diplômes et certificats	Voies d'accès ⁴ :			
		FI	App	VAE	FC
Soins Infirmiers	Diplôme d'Etat d'infirmier	X	X		X
	Diplôme d'Etat de puéricultrice	X			X
	Diplôme d'Etat d'infirmier anesthésiste	X			X
	Diplôme d'Etat d'infirmier de bloc opératoire	X			X
Soins gynécologiques et obstétriques	Diplôme d'Etat de sage-femme	X			X
Soins de rééducation	Diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute	X	X		X
	Diplôme d'Etat d'ergothérapeute	X		X	X
	Diplôme d'Etat de psychomotricien	X			X
	Certificat de capacité d'orthophoniste	X			X
	Diplôme d'Etat de pédicure podologue	X			X
	Certificat de capacité d'orthoptiste	X		X	X
Soins médico techniques	Diplôme d'Etat de manipulateur d'électroradiologie médicale	X	X		X
	Diplôme d'Etat de technicien en analyses biomédicales	X			X
	Diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière	X	X	X	X
Assistance aux soins	Diplôme d'Etat d'auxiliaire de puériculture	X	X	X	X
	Diplôme d'Etat d'aide-soignant	X	X	X	X
Management des soins	Diplôme de cadre de santé	X			X
	Diplôme de cadre sage-femme	X			X
Conception et développement de projets socioéducatifs	Diplôme d'Etat d'éducateur technique spécialisé	X		X	X
	Diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé	X		X	X
	Diplôme d'Etat d'éducateur de jeunes enfants	X		X	X
	Diplôme d'Etat de conseiller en économie sociale et familiale	X		X	X
Accompagnement, assistance à la mise en œuvre de projets socioéducatifs	Diplôme d'Etat d'aide médico psychologique	X		X	X
	Diplôme d'Etat d'assistant de service social	X		X	X
	Diplôme d'Etat de moniteur éducateur	X		X	X
Culturel et Loisirs	Diplôme d'Etat de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport	X		X	X
	Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport	X		X	X
	Brevet d'Etat d'animateur technicien de la jeunesse et de l'éducation populaire	X			X
Management socio-éducatif	Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale	X		X	X

⁴ FI : Formation Initiale, App : Apprentissage, VAE : Validation des Acquis de l'Expérience, FC : Formation Continue

Etude sur les parcours qualifiants

GIP FIPAN / CM / GIP FIPAN Etude ANFH sur les parcours qualifiants Rapport final et préconisations apres COPIL.doc mis à jour le 12/04/2011

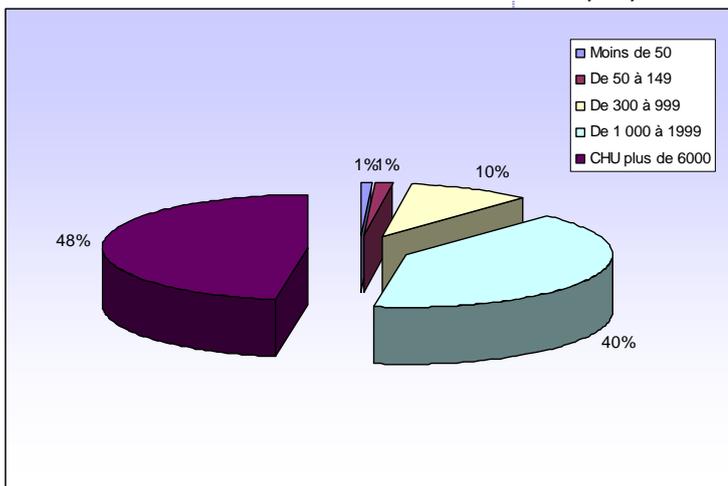
Caractéristiques de l'échantillon

Le périmètre de l'étude et l'échantillon d'établissements (initialement 10 établissements sur 2 territoires) a été constitué par l'ANFH en septembre 2010.

En représentativité et au regard du nombre de lits recensés par la Fédération Hospitalière de France en région, notre échantillon représente **13,5 % des capacités d'accueil**.

Structure	Données région PACA (FHF 2010)		Echantillon ANFH	
	Total Nombre de lits	%	Total Nombre de lits	%
Centre hospitalier régional universitaire (CHRU)	4 318	12,71%	1 721	37,58 %
Hôpital dépendant d'un CHRU (CHU)	2 970	8,74%		
Centre hospitalier (CH)	14 844	43,70%	2 445	53,38 %
Syndicat inter hospitalier (SIH)	0	0,00%		
Hôpital local (HL)	3 336	9,82%		
Unité de soins de longue durée (USLD)	291	0,86%		
Centre hospitalier spécialisé (CHS)	3 364	9,90%		
Structure médico-sociale (MS)	133	0,39%	84	1,83 %
EHPAD / Maison de retraite (MR)	4 710	13,87%	330	7,2 %
TOTAL	33 966	100 %	4 580	100 %

En ressources humaines, notre étude représente **21 % du nombre d'agents de la fonction publique hospitalière employés en région**.



Notre échantillon se caractérise par une **forte représentativité des centres hospitaliers de plus de 300 agents (97,9 %)**, il est conforme aux fonds collectés par L'OPCA (en 2009, 90 % de la collecte des fonds sont assurés par des établissements de plus de 300).

Cinq territoires de santé sur les 9 en région, sont représentés et, hormis le territoire dans les Alpes-Maritimes, chaque territoire comprend au moins deux établissements, cette répartition nous apparaît intéressante pour qualifier les types de coopérations entre établissements implantés sur un même territoire.

Territoire de santé (ARS)	Nombre d'établissements	%
Bouches du Rhône Nord	5	31 %
Alpes Nord	3	19 %
Vaucluse Camargue	5	31 %
Alpes-maritimes Est	1	6 %
Var Ouest	2	13 %
Total	16	100 %



Méthodologie adoptée

L'ANFH a pris en charge la première information sur l'étude et ses objectifs.

Nous avons fait le choix de construire des canevas d'entretien pour trois catégories d'acteurs :

1. le directeur d'établissement ou le dirigeant en charge des ressources humaines,
2. les représentants des agents élus au Comité Technique d'Etablissement, en particulier les membres de la Commission Formation (dans les établissements les plus importants)
3. le directeur de l'école (Institut de formation des personnels soignants et cadres de santé).

Les outils de recueil de données sont en annexe 1.

Chaque visite en établissement a été préparée en amont :

- ✓ par les consultants (fiche descriptive d'établissement)
- ✓ par les personnes interrogées en préparant les documents utiles⁵.

Chaque entretien, réunion a fait l'objet d'une retranscription intégrale soumise à la relecture et validation des personnes rencontrées.

Avec le recul, nous constatons :

- ✓ des différences de « formalisation » de projets, de données selon l'envergure de l'établissement. Les documents recueillis sont très hétérogènes et traduisent des différences de « culture » en ressources humaines entre établissements (de l'extranet RH... au simple tableau des effectifs nommé « organigramme »),
- ✓ peu d'approches « prospectives » ou d'anticipation en gestion des ressources humaines en lien avec les plans de développement ou de réorganisation des soins, ou d'autres données objectives sur la gestion des âges et les besoins à anticiper,
- ✓ quel que soit l'établissement, les représentants des agents déplorent le manque de transparence et de communication sur les changements en cours, expriment un mal-être en raison de leurs conditions de travail.

⁵ Projet d'établissement ou de soins, Projet social, Bilan social ou organigramme, tableau de bord indicateurs RH, Plan de formation, PV des instances consultatives sur la formation
Pour les IFSI : dernier bilan pédagogique et financier

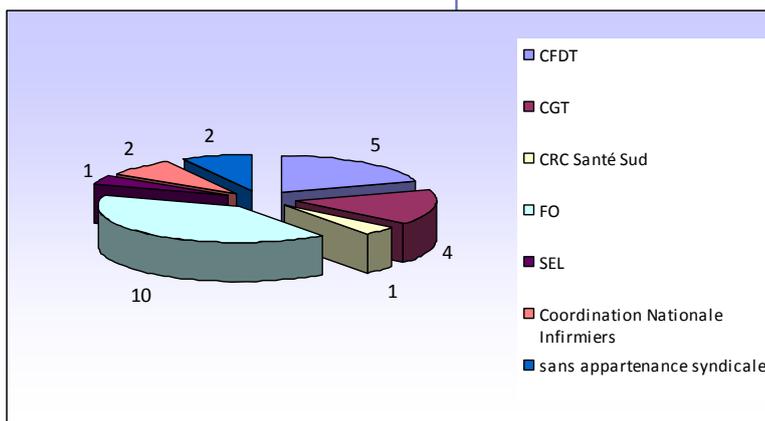
Acteurs sollicités

45 personnes ont participé à cette étude :

- ✓ 15 personnels de direction d'établissement
- ✓ 25 représentants des personnels
- ✓ 5 directeurs d'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et / ou d'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS).

Fonction	Nombre
Directeur	2
DRH/DAF	1
DRH	2
Directeur adjoint chargé des ressources humaines	3
Responsable formation	3
Responsable Ressources Humaines	1
Responsable du personnel	2
Chargée des concours et des cadres	1
Total	15

Concernant les représentants des personnels, 21 personnes ont une appartenance syndicale, 2 représentent une association professionnelle de personnels infirmiers, 2 n'ont pas de délégation particulière.



Les 25 représentants participent au Comité Technique d'Etablissement, ils sont donc consultés sur les projets d'établissement, l'investissement, le budget et bien entendu toutes les questions d'emploi, de conditions de travail, de rémunération et de formation des personnels.

Acteurs institutionnels

Cette étude conduite auprès des établissements adhérents a été complétée par des entretiens auprès des experts et personnes ressources représentant les organismes de tutelles et collectivités territoriales :

- ✓ La direction patients, offres de soins, autonomie de l'ARS PACA ;
- ✓ La direction des politiques de santé, du social et de la prévention du Conseil Régional PACA ;
- ✓ La direction des personnes âgées/personnes handicapées et promotion de la santé d'un Conseil Général ;
- ✓ La direction du Centre Régional de Formation en Alternance aux Métiers de l'Hospitalisation.

Ces consultations ont permis de vérifier si les problématiques emploi formation étaient partagées par ces acteurs institutionnels et de vérifier la pertinence de nos préconisations impliquant des coopérations et partenariats externes à la fonction publique hospitalière.

Notre étude s'est appuyée sur le résultat d'une enquête auprès d'un échantillon d'établissements choisis par l'ANFH. Ces 12 établissements, et ces 4 écoles sont représentatifs de la diversité des adhérents par leur implantation, leur taille et leurs activités. Dans le cadre de notre enquête nous avons rencontré les directions des ressources humaines, les représentants des salariés et les directions des écoles (IFAS, IFSI, IFCS). Nous avons ensuite élargi, avec l'accord de l'ANFH, nos entretiens aux acteurs institutionnels qu'il nous paraissait pertinent de consulter.

I. Dans quels contextes, orientations s'inscrivent les parcours qualifiants ?

Les projets de changement, problématiques exposées par les établissements

- La T2A (Tarification à l'Activité) dans les hôpitaux

La Tarification à l'Activité est un mode de financement des établissements publics et privés titulaires d'autorisations de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO), quels que soient leur statut juridique. Certaines spécialités (soins de suite et de réadaptation et psychiatrie) sont pour le moment exclues du champ d'application de la T2A. Ce mode de financement repose à la fois sur la nature et le volume des activités des établissements de santé. La logique de moyens qui prévalait est remplacée par une logique de résultats conforme à l'esprit de la loi organique relative aux lois de finances (LOLF). La T2A est un élément central de la «nouvelle gouvernance», ce sont désormais les recettes issues des activités hospitalières qui vont déterminer les dépenses et non l'inverse.

« Le financement ne se fait pas en fonction d'une « activité » (ou soin) comme annoncé, mais de codes sensés regrouper des pathologies similaires. Or il existe environ dix mille pathologies pour seulement sept cents codes définissant des groupes « homogènes » de séjours. Chaque groupe se révèle en réalité hétérogène et comporte plusieurs pathologies.Au sein d'un même groupe « homogène », les pathologies simples correspondent (plutôt) à l'activité principale des cliniques privées, alors que les plus complexes et les plus graves correspondent à l'essentiel de l'activité des hôpitaux publics. »⁶

Si l'objectif de cette réforme est d'accroître l'efficacité des établissements de santé, pour les hôpitaux (les CHU en particulier) elle s'est traduite par des déficits d'exploitation et par des plans de retour à l'équilibre.

- La grille AGGIR⁷, le modèle PATHOS, le Gir Moyen Pondéré dans les EHPAD et SSIAD⁸

Ces différentes grilles et indicateurs sont particulièrement importants dans la gestion des établissements et services accueillant des personnes âgées dépendantes.

La grille nationale AGGIR reprend des variables destinées à évaluer le degré de perte d'autonomie ou le degré de

⁶ <http://www.monde-diplomatique.fr/2008/02/GRIMALDI/15627> - Octobre 2008

⁷ Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources

⁸ SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

dépendance, physique et psychique, des demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), elle a un impact sur le forfait dépendance attribué par les conseils généraux aux résidents et/ou aux établissements pour l'hébergement. Elle classe les personnes âgées en groupes au regard de leur autonomie et degré de dépendance : le GIR ⁹.

Le GMP (GIR moyen pondéré) est le niveau moyen de dépendance des pensionnaires d'un établissement. C'est cet indicateur qui détermine le niveau des moyens qui seront accordés. Le GMP s'obtient en divisant le total des points GIR d'un établissement par le nombre de personnes hébergées.

Le modèle PATHOS est un système d'information sur les niveaux de soins nécessaires pour assurer les traitements des états pathologiques des personnes âgées qui a été élaboré en partenariat avec le service médical de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, il débouche sur la détermination de « profils de soins » parmi 12 profils-types.

Le budget d'un EHPAD sera donc déterminé et ventilé entre trois types de dépenses :

- la section des dépenses d'hébergement (le résident ou l'aide sociale ; le tarif hébergement est annuel et fixé par le Président du Conseil Général,
- la section des dépenses de dépendance (le résident ou le conseil général du département par l'allocation personnalisée d'autonomie)
- la section des soins prenant en compte le niveau de dépendance moyen (GMP) et les besoins en soins médico-techniques des résidents, le forfait global relatif aux soins est déterminé par les ministères de tutelle. ¹⁰

La « convention tripartite » pluriannuelle définissant l'engagement de chaque établissement EHPAD au respect d'un cahier des charges et à un projet de soins de qualité n'a pas été mise à jour depuis la loi de financement de la Sécurité sociale (2003), elle devrait être théoriquement révisée tous les cinq ans. Certains EHPAD de notre échantillon fonctionnent encore sur des bases conventionnelles de 2003 avec une population de résidents qui a évolué en niveau de dépendance

⁹ Dépendance totale ou lourde (GIR 1 et 2), Dépendance partielle ou légère (GIR 3 et 4), dépendance très légère (GIR 5), absence de dépendance (GIR 6)

¹⁰ Code de l'action sociale et des familles - Article L314-2 :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTL000021941127>



et une dotation en personnels soignants inchangée.

« La charge en soins : mesurée par un indicateur, **le pathos**, qui reconnaît une charge en soins et sert de base au financement des établissements en termes de dotation soins. Si cette charge n'est pas convenablement mesurée et reconnue par les médecins valideurs de la Caisse, cela donne lieu à une dotation soins faible. La charge en soins reconnue, pour les établissements EHPAD, médico-sociaux annexes des hôpitaux, est beaucoup plus faible que la moyenne nationale. Indicateur national : 168. Indicateur dans le Var : 111 (ce qui correspond à celui de mon établissement) : cela représente une différence de 80 000 € (soit 2,5 ETP soignants) » (Directeur EHPAD)

« On note un degré de dépendance accrue des résidents alors que le personnel est constant. Les moyens sont alloués en fonction du degré de dépendance des résidents. Cette dépendance est mesurée par **le GMP moyen** qui était à 700 l'an dernier (il était à 600 à l'arrivée de la Direction actuelle). On a donc une charge de travail en augmentation et un phénomène aggravé par la non mise à jour de la convention tripartite : les moyens supplémentaires attendus depuis 2008 ne sont toujours pas obtenus. » (Directeur EHPAD)

- **Une nouvelle organisation territoriale des soins**

Certains établissements de notre échantillon ont été ou sont confrontés à un plan de retour à l'équilibre financier (conséquence de la tarification à l'activité). D'autres, notamment les hôpitaux, sont contraints à une réorganisation des soins, soit territoriale (fusions entre établissements d'un même territoire de santé) soit en pôles d'expertise. Ces changements obligent les directions d'établissement, les DRH en particulier, à accompagner ces changements (déconcentration au niveau des pôles, professionnalisation de l'encadrement) ou à renforcer les compétences, les expertises métiers.

« Dans les projets structurels à 3 ans, il ne faut pas négliger l'impact de la fusion, qui automatiquement nous amènera à repenser une organisation de notre offre de soins entre ces deux établissements, des filières de soins un peu différentes etc... L'établissement X est un petit établissement, on n'est pas dans le cas d'une fusion d'établissements de taille équivalente. On a un gros établissement qui va fusionner avec une petite structure qui a moins d'activités, cette situation va nous obliger à reconfigurer, ou optimiser notre offre de soins... ce projet peut nous amener à anticiper de nouveaux métiers et qualifications si de nouvelles filières de soins apparaissent. Le fait d'avoir deux établissements éloignés va nous amener à de nouvelles problématiques de recrutement et plus largement de gestion des ressources humaines » (DRH, Centre hospitalier)

- **La réforme des retraites**

En modifiant la durée de cotisation minimale et l'âge minimal pour l'ouverture des droits à la retraite, la réglementation rajoute une incertitude qui, parfois, semble servir de prétexte aux difficultés de prévision dans la gestion des ressources

humaines.

A ces évolutions réglementaires qui touchent tous les métiers, s'est ajoutée, au début de notre enquête, la possibilité pour les infirmiers d'opter pour la catégorie A. L'exercice de cette option présente un avantage : le changement de grille de rémunération, et un inconvénient, l'alignement de l'âge de départ à la retraite sur le cas général. Ce droit d'option peut s'exercer jusqu'au 30 mars 2011.

Jusqu'à cette date, une incertitude réelle existe quant aux départs prévisionnels en retraite des infirmiers.

« Des départs à la retraite massifs sont prévus. Mais pas d'idée précise de la pyramide des âges, ni du nombre. Les mutations, les mouvements du personnel avec leurs spécialités sont communiqués au personnel avec les bulletins de salaires (entrées et sorties). On voit bien que tous les postes ne sont pas remplacés ou qu'ils sont remplacés par du personnel moins qualifié.(...) Il n'est pas évident qu'en prévision des futurs départs à la retraite la direction des ressources humaines accepte un nombre supérieur de demandes d'études promotionnelles. La problématique qui transparaît est la problématique financière ». (Délégué syndical, Centre Hospitalier)

- **Les postes financés**

Les nouvelles règles budgétaires en supprimant la dotation globale, déterminent le nombre de postes financés, par type de qualification, en fonction des activités réelles de l'établissement. De ce fait, la gestion des coûts de personnel se doit d'être pragmatique.

La T2A a modifié la gestion des ressources humaines dans les établissements, les moyens humains dépendent directement des activités réalisées, elle offre plus de souplesse aux établissements en leur permettant d'adapter, en cours d'année civile, leurs effectifs aux activités et actes réellement dispensés dans l'établissement.

Si cette méthode semble plus « adéquationniste » car plus proche d'une réalité de terrain, elle est moins sécurisante que l'enveloppe globale.

- **Une Gestion des Ressources Humaines « au fil de l'eau »**

A part le CHU qui dispose d'indicateurs en gestion prévisionnelle des ressources humaines au-delà de 6 mois, la grande majorité des établissements visités subit plutôt qu'elle ne gère ses ressources humaines :

- pas ou peu de visibilité à plus de 6 mois,
- pas ou peu de dialogue social construit et constructif

(peu de transparence également),

- une gestion sous contrainte financière qui conduit à limiter les remplacements, à préférer le recrutement de contractuels, voire à favoriser des glissements de tâches et personnels « faisant fonction »,
- des représentants du personnel consultés mais peu associés, disposant de peu d'informations sur la formation (ses aspects règlementaires et ses outils), au comportement plutôt corporatiste (chacun connaît la problématique de son métier), ne disposant pas d'une vue globale sur l'organisation des soins,

« Du fait de la pyramide des âges et des départs en retraite, la stabilisation de la pyramide des âges était prévue pour 2015 mais aujourd'hui, avec le décalage des départs en retraite, ce sera pour 2020. Pendant 10 ans encore, on sera en difficulté. »(DRH, CHU)

(Comment et par qui est établi l'état prévisionnel de vos besoins en personnel ?)

« Cela se fait « au fil de l'eau », lorsqu'il est nécessaire de pourvoir au remplacement de personnels vacants (mutations, départs à la retraite). Les prévisions de création de poste sur une logique pluriannuelle s'avèrent utopiques alors même que l'on a du mal à conserver les personnels en poste... » (Directeur, EHPAD)

« Il n'y a pas d'état prévisionnel formalisé des besoins en personnel. Les départs en retraite et les arrêts de longue durée sont anticipés quand cela est possible. » (DRH, Centre Hospitalier)

« Actuellement, il n'existe pas de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences formalisée. Un cabinet de conseil (financement ANFH) est en train d'étudier la mise en place de la GPEC dans l'établissement » (DRH, Centre Hospitalier)

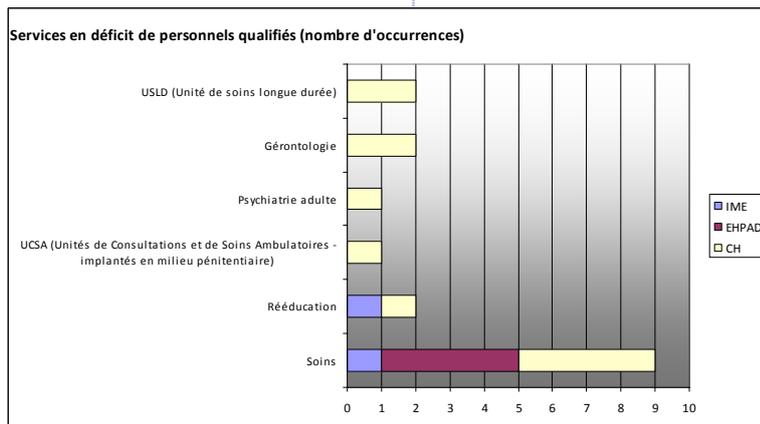
« Dans le cadre de notre projet social, validé en juillet dernier, on a 3 axes majeurs dont un sur la GPMC et il était logique qu'on sollicite un accompagnement dans le cadre des initiatives portées par L'ANFH et le Fonds Social Européen. L'appui de consultants externes va nous faciliter cette démarche de GPMC et de cartographie. Ces chantiers vont nécessairement impacter nos pratiques et nos outils de recrutement. » (DRH, Centre Hospitalier)

- Une utilisation paradoxale de l'«outil» formation qui apparaît comme :
 - un moyen de paix sociale plutôt qu'un outil de la gestion prévisionnelle des ressources humaines,
 - un instrument de « pouvoir » par le poids de la direction des soins ou des chefs de service dans les décisions de formation des individus...

Etablissements, filières de soins, services et emplois en tension

Les établissements de notre échantillon ont été interrogés sur les unités et services particulièrement exposés aux difficultés en gestion de personnels.

- La famille des soins en difficulté récurrente et des unités et services en déficit d'image



A la question "Quels sont les services et spécialités concernés par les difficultés de gestion de personnel ?", la filière des soins est la plus citée quel que soit le type d'établissement.

D'autres unités et services sont en difficulté en raison du manque d'attractivité des soins (personnes âgées dépendantes, handicapées) ou de conditions de travail jugées difficiles (milieu pénitentiaire).

Ces difficultés relèvent des conditions de travail jugées pénibles et non des projets de soins qualifiés de dynamiques par nos interlocuteurs.

« Se pose également un problème d'image : travailler auprès des personnes âgées n'est pas attractif. Comment faire pour attirer les agents ? (...) La gériatrie est pourtant un des services les plus dynamiques au niveau de la prise en charge des patients. Réflexion à mener car on va avoir des besoins. On parle actuellement d'un plan dépendance, espérons que cela améliorera les choses » . (DRH, CHU)

«A la sortie des écoles,(...) ils ne veulent pas aller dans les services de gériatrie (...) Pourtant, en interne, on a toute une politique de mise en valeur du projet de soins dans ces services et structures de gériatrie, ce ne sont pas des structures abandonnées institutionnellement, bien au contraire, on a un cadre supérieur extrêmement dynamique, porteur de projets et des cadres de santé qui sont dynamiques également, donc il y a une mise en valeur de ces services. (...) C'est une grosse problématique pour nous.» (DRH, CH)

- Des conditions de travail générant souffrance et usure professionnelles

Le changement de logique (tarification à l'activité) a des incidences importantes sur l'organisation des soins. De nombreux personnels soignants perçoivent une dégradation de leurs rythmes et charge de travail qui explique

l'absentéisme et un « désengagement professionnel ». Des choix organisationnels (travail morcelé, travail de nuit...) et des équipes en « sous-effectif » (emplois manquants, non remplacement des personnels absents) ont des effets négatifs sur l'ambiance, la motivation et l'engagement professionnels.

Ce « mal-être » est perceptible dans les témoignages des représentants des agents, il a nécessairement des impacts sur **l'attractivité des établissements** pour les personnes qui se destinent aux métiers du soin, quelle que soit la voie d'accès à ces métiers. Il a aussi un **impact négatif sur l'attractivité du métier de cadre de santé**.

Les missions d'organisation des pôles et compétences, le management des personnels sont perçus comme rédhibitoires par les infirmiers qui pourraient s'engager dans une fonction de cadre de santé et qui constituent le « vivier » de remplacement des cadres .¹¹

« **La charge de travail** est importante pour tout le monde, ça génère de la tension et une ambiance tendue dans l'établissement »
(RRH, IME)

« Les difficultés sont liées à la **charge de travail** et à certains types d'absentéisme de type maladie longue durée (peu d'absentéisme court de type maladie ordinaire). Sur une équipe de 15 AS jour et nuit confondus, 3 AS sont absents de façon prolongée, ce qui représente 20% des effectifs. » (Directeur, EHPAD)

« Dans l'EHPAD, la **charge de travail** (notamment physique) est plus importante. Le poids psychologique (être confronté à la mort) est aussi très difficile à supporter. » (Délégué syndical, EHPAD)

« Les **horaires** sont difficiles à supporter (horaires coupés pour assurer une présence pour la prise des médicaments), les IDE doivent faire la navette entre les 2 sites quand il y en a une absente. Il manque également du personnel administratif, de ce fait, les personnels soignants doivent faire ce travail en plus des soins » (Délégué syndical, EHPAD)

« La mise en place des 12 heures, la dégradation des conditions de travail font que les infirmières préfèrent partir travailler ailleurs. »
(Délégué syndical, CH)

« Après on a une autre difficulté (et ce serait intéressant de savoir dans l'étude si cette problématique est partagée par d'autres établissements), ce sont **les infirmiers qui travaillent la nuit**, c'est une difficulté structurelle que nous avons maintenant depuis plusieurs années » (DRH, CH)

¹¹ Rapport IGAS sur la formation des Cadres – novembre 2010

L'étude prospective des métiers de la Fonction Publique Hospitalière réalisée sur la base des effectifs de 2000 estime le besoin de renouvellement à 2 000 à 2 500 cadres par an pour des capacités en formation de 2 089 personnes (dont 225 en PACA).



« Beaucoup de difficultés pour les **remplacements**, surtout les remplacements de courte durée. En dessous de 30 jours, les agents ne sont pas remplacés. Si l'arrêt est en 2 fois 15 jours, il ne peut pas y avoir de remplacement. Donc les agents présents pallient l'absence de leurs collègues ou le personnel en RTT ou en congés est rappelé. » (Délégué syndical, CH)

« Parce qu'on a une obligation de produire et on nous demande **d'écourter la durée moyenne de séjour**, donc il y a une charge de travail non seulement de la part des soins pour la prise en charge mais également pour le turn-over des lits, on fait tourner plus les lits, ce qui nécessite plus de réfections de chambres, les réfections de lits, les décontaminations, les dossiers administratifs... tout cela occasionne beaucoup plus de travail du fait du mouvement plus important des patients... avec en plus, beaucoup de papiers (fiches de liaison, de transition...) et on fait les deux. (...) Et puis une **pénurie de personnels**, notamment infirmières mais cela n'est pas propre à notre établissement, c'est partout pareil, tout cela engendre un **absentéisme** important.(...) On constate un **épuisement professionnel** qui s'installe petit à petit et qui pousse les agents à changer de structure, ils ne veulent plus travailler à l'hôpital, soit à s'arrêter en dépression, à se mettre en maladie. On a par exemple de plus en plus de refus de jours de congés parentaux quand on a un enfant malade, ça c'était des acquis sociaux qui étaient basés sur la bonne marche du service et comme on est toujours à flux tendus on nous les refuse toujours donc au bout d'un moment il y a un épuisement, un manque de prise en compte des agents et en fait un **désengagement professionnel**. On vient, on fait son travail et on repart, ou alors, on est fatigué et on se met en maladie. On nous refuse des congés annuels alors qu'on les prévoit à l'avance, on se dit, il n'y a pas d'écoute, on nous demande de revenir sur nos repos, on nous supprime au dernier moment la formation parce qu'il manque du personnel alors qu'elle est prévue longtemps à l'avance... tout cela fait que les services de soins sont énormément en souffrance, les personnels sont épuisés et démotivés. » (Délégué syndical, CH)

«Ce n'est pas forcément lié à l'organisation des services en pôles, c'est un **manque de reconnaissance**, au niveau des IDE on a l'impression de ne pas pouvoir accomplir nos tâches convenablement, d'être et de mettre en danger et ne pas pouvoir le dire ; on ne doit pas faire de vagues. Les patients ne sont pas toujours envoyés dans le bon service par les urgences car on ne sait plus où mettre les gens. On n'a pas les effectifs nécessaires pour faire face à cette surcharge de travail. Il y a aussi une mauvaise organisation dans les services. Parfois, on constate des difficultés d'organisation entre les équipes médicales et les équipes soignantes, on perd beaucoup de temps à attendre pour commencer les soins (visites des médecins). Il y a un **déficit en organisation et trop de tâches administratives**.(...) On est dans une modification horaire (2 x 12h), mais c'est souvent le personnel qui le demande. Certaines le regrettent. Tous les services ne sont pas en 2 x 12h. Si on est sur cette règle, il vaut mieux n'être pas rappelées sur les repos, sinon la sécurité dans le travail est compromise. On a un déficit d'infirmières mais rien n'est prévu au niveau de la mise en place d'un pool de remplacement. » (Délégué syndical, CHU)

« Certaines IDE devenues cadres n'arrivent plus à cautionner le système de la hiérarchie et l'idée de maltraitance du personnel, avec en arrière fond, celle de la maltraitance des malades, car elles sont responsables des soins. Elles ne se sentent plus en phase avec elles-mêmes. » (Délégué syndical, CHU)

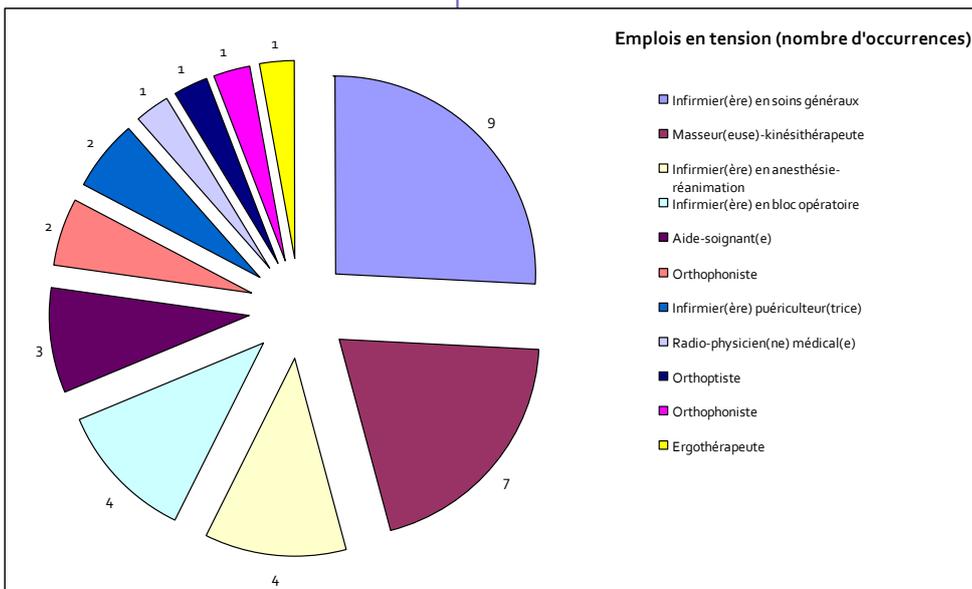
- Les métiers en tension

Nous nous sommes référés aux travaux de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) ¹² et qualifié de métiers en tension les métiers concernés par des pénuries avérées ou à venir.

Il s'agit donc de métiers :

- « - qui posent des difficultés de recrutement,
- concernés par une pénurie de personnels qualifiés et certifiés pour pourvoir aux besoins de l'établissement,
- pour lesquels la part des personnels âgés de 50 ans et plus est supérieure à 50 % ».

En interrogeant les directions d'établissement sur les métiers en tension, nous souhaitions vérifier si les parcours qualifiants étaient utilisés en réponse aux problématiques de recrutement ou de renouvellement des personnels.



Les métiers qui posent des difficultés « chroniques » en recrutement de personnels sont : les infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes. Sont cités ensuite les infirmiers spécialisés (IADE, IBODE, puéricultrice) et les métiers de la rééducation qui

exigent des compétences spécifiques et rares sur le marché de l'emploi.

Hormis le CHU de Nice, les établissements n'ont pas de lisibilité sur les âges et si la pyramide des âges figure dans les

¹²

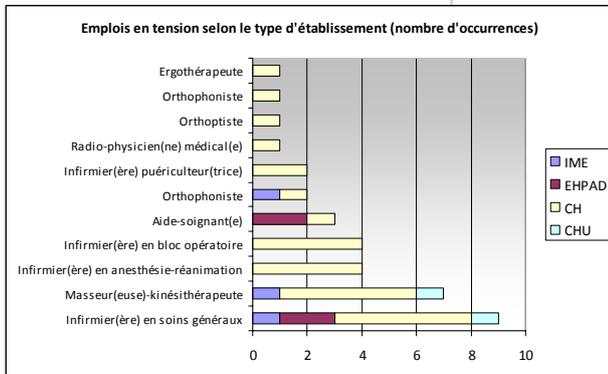
Florence Noguera et Jérôme Lartigau « De la prospective à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans la fonction publique hospitalière : enjeux et perspectives », Management & Avenir 5/2009 (n° 25)

Étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière, Editions ENSP, novembre 2007

Etude sur les parcours qualifiants

GIP FIPAN / CM / GIP FIPAN Etude ANFH sur les parcours qualifiants Rapport final et préconisations après COPIL.doc mis à jour le 12/04/2011

rapports sociaux des établissements, elle n'est pas déclinée par métier, ni utilisée à des fins de prévision pour anticiper les besoins à moyen terme (d'ici à 5 ans).



Les EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) qualifient les métiers en tension en postes ETP restés vacants par manque de candidats, ces établissements de petite taille (35 à 65 ETP) fonctionnent souvent avec des personnels soignants en deçà des moyens théoriquement alloués.

- Les pratiques de recrutement

Les établissements concernés par cette étude sont focalisés sur le maintien de l'équilibre budgétaire, voire sur le plan de retour à l'équilibre pour certains établissements hospitaliers.

Le recrutement de personnels est aussi codifié et contraint :

- ✓ Par une gestion statutaire des agents de la fonction publique hospitalière (catégories d'emplois / familles d'emplois / métiers / ancienneté / notation),
- ✓ Par la gestion d'activités de soins et de gestes médicaux qui doivent être réalisés par des professions réglementées (infirmiers, infirmiers spécialisés, manipulateurs en électroradiologie médicale...) nécessitant un diplôme ou des habilitations spécifiques.

La mobilité au sein de la fonction publique hospitalière est aussi régie par l'application de procédures administratives obligeant la publication des postes vacants, notamment les postes à profils.

Si un poste est momentanément vacant pour une période déterminée (maladie, maternité, formation promotionnelle, disponibilité 13...), l'établissement peut faire appel à des contractuels ou intérimaires.

¹³ Décret n°88-976 du 13 octobre 1988 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires hospitaliers et à certaines modalités de mise à disposition.

Si le poste est définitivement vacant (départ à la retraite, départ définitif de l'établissement...) et ouvert au concours ou à la mobilité interne, la procédure est en principe la suivante :

- a) appel à mutation (inter établissements) et publication du descriptif de poste dans HOSPIMOB ¹⁴ (système d'information bourse des emplois de la fonction publique hospitalière) ;
- b) si absence de candidatures dans le mois suivant la date de publication : ouverture d'un concours sur titre pour le recrutement de personnes extérieures. Une commission examine les candidatures et établit une liste d'aptitude ;
- c) s'il n'y a pas de candidature satisfaisante, le poste est occupé par des CDD (jusqu'à 6 ans d'ancienneté ; au-delà le contrat est transformé en CDI).

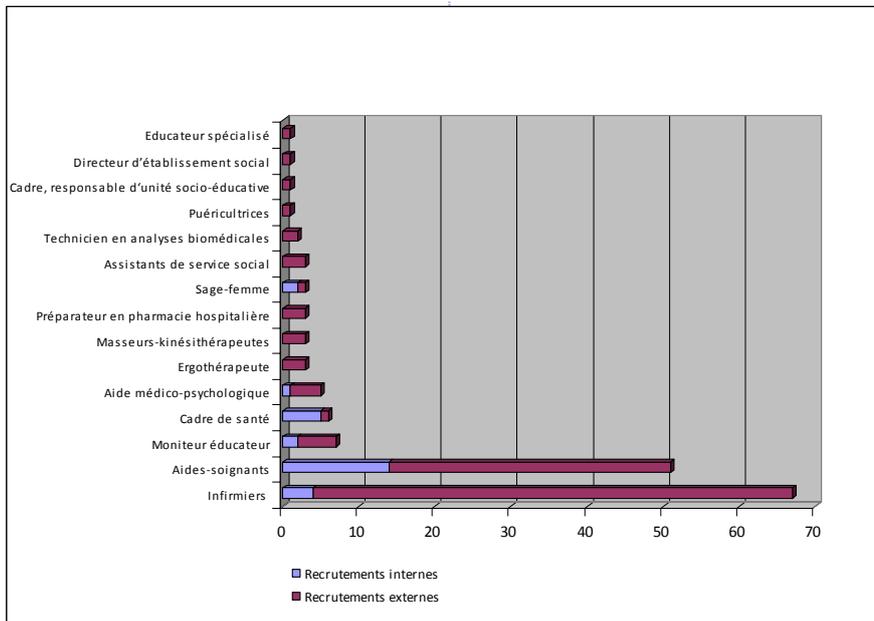
Compte tenu des contraintes financières et administratives, les directeurs et DRH privilégient le recrutement de personnes extérieures, même s'ils sont tenus au respect de cette procédure.

Six établissements seulement nous ont communiqué des données sur les recrutements effectués en 2010, nous disposons donc de données partielles qui montrent :

	Nombre de recrutements	Internes (FPH)	Externes	% effectif en ETP
CH	157	23	134	4,8%
IME	26	4	22	26,0%
EHPAD	15	2	13	15,0%
	198	29	169	
		14,6%	85,4%	

- ✓ Une prédominance nette du recrutement de personnels contractuels (par nécessité ou par choix). Certains établissements (EHPAD, CH) recrutent des personnels et partagent des emplois avec d'autres établissements,
- ✓ Le recrutement de personnels, par la mobilité interne ou à l'issue de parcours promotionnels, est surtout pratiqué dans les établissements hospitaliers.

¹⁴ <http://www.hospimob.fr/>



Analysés selon les métiers, les recrutements se concentrent dans la famille professionnelle des soins et de l'assistance aux soins.

Les recrutements internes traduisent pour partie les politiques de promotion des établissements, notamment pour les personnels d'encadrement.

Le contexte de modernisation des établissements de santé et les logiques en œuvre (tarification à l'activité, réorganisation de l'offre de soins par territoire et par pôle, fusions...) a des effets déterminants sur la gestion budgétaire et financière des établissements.

Ces contraintes économiques s'imposent dans les organisations de travail (rotation des lits, polyvalence, glissements de tâches...) et alimentent un mal-être perceptible chez les personnels soignants.

Les cadres administratifs, notamment les cadres en charge de des ressources humaines, doivent intégrer ces contraintes financières et garantir le fonctionnement de l'établissement en trouvant les personnels qualifiés pour des pôles, services, activités et tâches fortement réglementés et satisfaire une gestion de plannings complexe.

Ils doivent aussi accompagner les politiques de santé publique (qualité des soins, prévention des risques, bientraitance, éducation thérapeutique des patients...) et diffuser ces bonnes pratiques auprès des personnels.

Confrontés aux problèmes récurrents d'insuffisance d'effectifs, les directeurs d'établissement et cadres RH gèrent l'emploi « au fil de l'eau », s'adaptent en permanence et sont contraints au « court-termisme ».

Confrontés à la pénurie de personnels qualifiés,



essentiellement les personnels infirmiers, ils privilégient le recrutement de personnels contractuels, voire intérimaires pour résoudre cette difficulté.

Dans le contexte tel que nous l'avons décrit, les parcours qualifiants ou études promotionnelles ne sont pas une réponse satisfaisante ou suffisamment réactive pour répondre à la problématique récurrente des emplois en tension en raison de la durée (de 1 à 3 ans) et des coûts induits (formation, rémunération).

Les parcours qualifiants sont davantage perçus et utilisés pour accompagner les évolutions professionnelles d'agents titulaires (réponse à la demande sociale), doter l'établissement de compétences spécialisées - infirmiers IADE, IBODE, assurer le renouvellement des cadres de santé (réponse aux besoins organisationnels).

II. Comment sont financés les parcours qualifiants ?

Avant toute chose, nous devons préciser la difficulté à manipuler des données qui nous sont apparues peu maîtrisées donc peu fiables :

- ⇒ Dans les tableaux de bord sur la formation : suivant les établissements le suivi financier comprend ou non les rémunérations des agents ;
- ⇒ Les données sur les parcours qualifiants ne sont pas toujours réparties entre FMEP et actions de formation promotionnelle inscrites au plan de formation ;
- ⇒ Les statistiques fournies par les établissements sont plus souvent établies selon les catégories et statuts des agents qu'analysées selon les diplômes préparés.

Ce constat dénote un **manque de maîtrise des dispositifs du Décret n° 2008-824 du 21 août 2008** relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie, notamment dans les structures de petite taille qui ont pour habitude « d'externaliser » complètement la gestion de la formation auprès de L'ANFH.

Quels bénéficiaires, quels parcours, pour quels emplois ?

- **Le nombre des bénéficiaires**

Sur l'ensemble des établissements de notre échantillon, le **taux d'accès moyen aux parcours qualifiants est de 2,5 %** de l'effectif ETP.

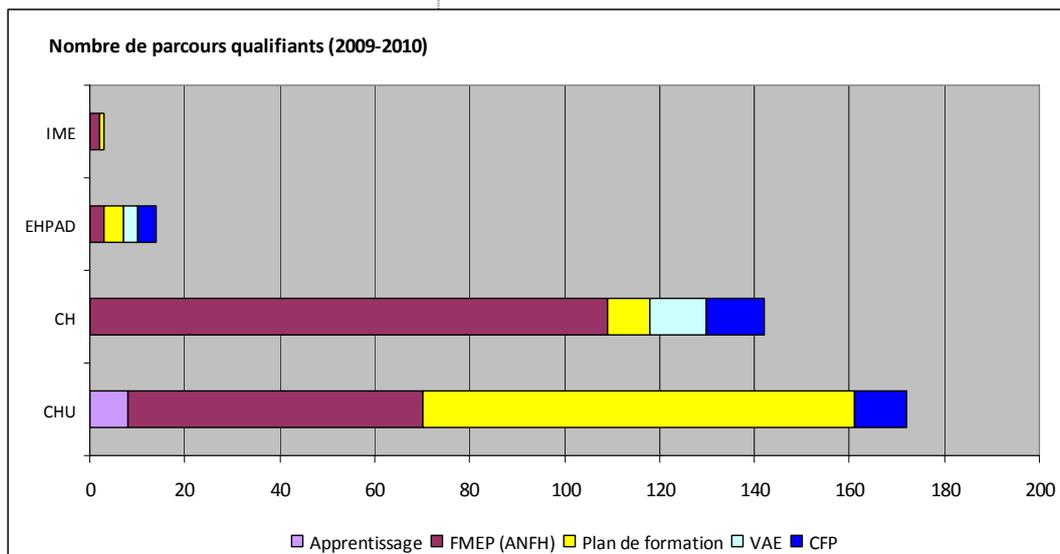
On observe des variations importantes selon le type d'établissement, ainsi le taux d'accès est plus élevé dans les EHPAD, ces établissements favorisent davantage les agents qui manifestent le souhait de s'engager dans des parcours qualifiants même s'ils n'ont pas toujours la possibilité de titulariser ces agents dans le métier préparé.

	Effectifs en ETP (2009)	%
CHU	6 214	2,8%
CH	6 627	2,1%
EHPAD	180	7,8%
IME	100	3,0%

- L'usage des dispositifs de la FTLV

Selon les données qui nous ont été communiquées, on dénombre **331 parcours qualifiants**¹⁵ dans les établissements de l'échantillon, se répartissant en :

- ✓ 176 parcours (53,2 %) dans le cadre du Fonds de Mutualisation des Etudes Promotionnelles (FMEP)
- ✓ 105 parcours (31,7 %) dans la cadre du plan de formation (type 4 – études promotionnelles)
- ✓ 27 parcours (8,2 %) dans le cadre du Congé de Formation Professionnelle (CFP)
- ✓ 15 parcours (4,5 %) dans le cadre de la validation des acquis de l'expérience (VAE)
- ✓ 8 parcours (2,4 %) dans le cadre de contrats d'apprentissage.



- la prise en charge des parcours

La prise en charge des parcours dépend de plusieurs facteurs :

- le statut du formé (titulaire ou non)
- la taille de son établissement qui détermine la capacité d'investissement en formation.

Le statut du formé

Les agents de la fonction publique hospitalière peuvent bénéficier de la « promotion professionnelle » avec maintien

¹⁵ Entrant dans le champ de notre étude (Cf page 6)

de leur salaire (sauf primes) moyennant un engagement de servir dans la fonction publique hospitalière.

Ces textes ouvrent les mêmes droits et obligations aux **titulaires de la fonction publique hospitalière** et aux **agents contractuels**. En pratique, les agents contractuels, faiblement qualifiés et en CDD, ont peu de chance de bénéficier d'une formation qualifiante. Le Conseil Régional PACA peut proposer une aide financière à ces salariés à travers le dispositif IRIS Santé dès lors qu'ils répondent aux trois critères d'éligibilité : faible niveau de qualification, en contrat précaire CUI-CAE ¹⁶ ou n'ayant pas ouvert de droit à la formation.

A une exception près (un centre hospitalier), les parcours qualifiants sont réservés aux agents titulaires de la fonction publique hospitalière.

« Les personnels concernés sont tous titulaires, un personnel contractuel a par le passé eu la possibilité de suivre des études professionnelles mais c'est une exception. Les personnels autres (CAE par exemple) n'ont pas accès aux études promotionnelles ». (Délégué syndical, EHPAD)

« Les contractuels n'ont pas accès à toutes les formations, notamment les formations longues, donc qualifiantes ». (Délégué syndical, CH)

« Nous avons eu le cas d'un contractuel formé dans le cadre des études promotionnelles et qui a démissionné ensuite avec pour conséquence une réticence à envoyer les CDD en formation qualifiante ». (Délégué syndical, CH)

« Les études promotionnelles ne sont pas ouvertes aux contractuels » (Délégué syndical, CHU)

Les **apprentis** peuvent accéder aux diplômes d'infirmier, de masseur-kinésithérapeute, aide-soignant, manipulateur en électroradiologie, auxiliaire de puériculture. Les contrats d'apprentissage sont destinés aux jeunes de moins de 26 ans qui recherchent une qualification professionnelle. Comme pour l'allocation d'études, le contrat est accordé par l'établissement formateur en contrepartie d'un engagement de servir dans celui-ci après l'obtention du diplôme d'État pour une période égale à la période d'apprentissage.

Un seul établissement (CHU) utilise le contrat d'apprentissage pour le diplôme d'état d'infirmier.

« Le CHU conventionne et on finance la scolarité de l'apprentie ou une partie car nous ne sommes pas obligés de la prendre en 1ère année. On peut ne la prendre qu'en 2ème ou 3ème année. Elle nous doit quelques heures de travail par mois, ce qui est un 1er avantage, et elle est liée à nous par un contrat pour le montant de l'investissement engagé dans sa formation. » (DRH, CHU)

16 CUI-CAE : contrat unique d'insertion

- la taille de l'établissement

Si le taux d'accès aux études promotionnelles est plus élevé dans les structures de petite taille, la capacité de financement est plus faible. Le budget formation étant proportionnel à la masse salariale, les établissements hospitaliers de plus de 300 agents disposent de plus de moyens pour le financement de parcours.

	% du Budget formation consacré aux parcours qualifiants
CHU	43,7%
CH1	42,2%
CH2	58,5 %
IME	23,7 %

Nous avons pu estimer l'investissement financier pour 4 établissements sur les 12 composant notre échantillon. Cet investissement, pourtant très important en contribution financière, n'est pas évalué en retours qualitatifs et quantitatifs par l'établissement.

« Les promotions professionnelles nous coûtent extrêmement cher. Pour chaque personne, on va consacrer 3 ans de salaire plus le financement des études (coûts pédagogiques)(...) On se doit de maintenir une promotion sociale dans les établissements et c'est la raison pour laquelle on finance encore des études promotionnelles mais c'est trop coûteux » (DRH, CHU)

« J'ai donc satisfait un projet professionnel individuel que j'estimais légitime, et avoir joué le jeu d'un point de vue professionnel en raison des besoins en infirmières sur le territoire, mais je n'ai eu aucun retour ; l'Etat ne nous aide pas... Cet effort consenti pour le système devrait pouvoir être compensé. Pour un établissement de petite taille, ce coût de 20 000 € est trop lourd. Je n'enverrai donc plus d'AS en formation IDE sauf si j'obtiens la garantie d'une compensation (cela représente 15 à 20% de mes effectifs). » (Directeur, EHPAD)

- le coût des parcours

Le calcul du coût du parcours qualifiant dépend en premier lieu de sa définition. Nous posons l'hypothèse que le coût réel du parcours se structure en trois temps :

- Préparation au concours et/ou remise à niveau
- Temps de formation jusqu'au diplôme
- Temps d'adaptation au nouveau métier

Ce n'est qu'après avoir franchi ces 3 étapes que le parcours qualifiant est achevé avec succès.

1ère étape : la préparation (Remise à Niveau, préparation des concours)

Elle est prise en charge sur le plan de formation, sur le DIF ou, par le salarié lui-même. C'est probablement l'étape du parcours qualifiant qui souffre le plus de disparités dans son financement suivant l'établissement.

Ainsi, nous avons rencontré :

- 1) les établissements qui financent la préparation des concours « demandés » (3 CH, 1 IME, 1 EHPAD)
- 2) les établissements qui financent une remise à niveau sans pour autant financer la préparation (1 EHPAD)
- 3) les établissements qui ne financent pas cette étape au motif qu'il appartient à l'agent demandeur de promotion de se préparer au concours et d'en assumer le coût (1 CHU, 2 CH, 1 EHPAD)
- 4) un établissement qui finance uniquement la préparation du concours pour les cadres de santé (CHU)

Malgré un coût relativement faible par rapport au budget formation global, le nombre de bénéficiaires d'une préparation aux concours ou aux examens est toujours inférieur ou égal au nombre de parcours qualifiants financés. Les chiffres, donnés par les établissements confirme le choix de la plupart d'entre eux de « filtrer » l'accès aux concours, voire le refus de financer les préparations.

Cela signifie que le salarié dont le projet est d'accéder à une qualification supérieure doit soit être sélectionné par son établissement, soit prendre un double risque :

- Payer sa préparation et l'assumer en dehors de ses heures de travail,
- Réussir le concours mais sans avoir l'assurance d'obtenir le financement de la formation.

- **2ème étape : La formation qualifiante**

Elle est prise en charge soit dans le cadre des études promotionnelles, soit dans le cadre du plan de formation de l'établissement, soit encore dans le cadre du CFP.

Les coûts de la formation sont de plusieurs nature :

- Droits d'inscription
- Frais de scolarité
- Inscription au concours
- Matériel pédagogique

Les coûts de remplacement :

- Salaire
- Charges sociales
- Adaptation au poste

Les coûts annexes à la formation

- Déplacements
- Hébergement

Ces coûts sont estimés forfaitairement (montants attribués dans le cadre des Etudes promotionnelles) par l'ANFH à :

Diplôme	Durée totale	Forfait global	Forfait annuel
IBODE	18 mois	70 000,00 €	46 666,67 €
IADE	24 mois	90 000,00 €	45 000,00 €
IDE	3 ans	100 000,00 €	33 333,33 €
AS	10 mois	28 000,00 €	28 000,00 €
Cadre de santé	10 mois	40 000,00 €	40 000,00 €

Pour les études promotionnelles, les établissements perçoivent ces forfaits et prennent en charge les coûts réels : coûts pédagogiques, coûts de rémunération, frais de déplacements entre la résidence administrative et le lieu de formation.

Pour les formations qualifiantes qui apparaissent dans le cadre du plan de formation, les établissements définissent les conditions de prise en charge.

« Coûts de déplacement, de repas pris en charge par l'établissement si les études sont suivies dans un autre IFSI que celui de l'établissement mais les nuitées ne sont pas prises en charge. »(DRH, CH)

- **3ème étape : L'accompagnement dans le nouveau métier**

Cet accompagnement à la prise de fonction ne semble pas être pris en charge .

Dans toutes les formations concernant les emplois en tension, la prise en charge des coûts directs ou annexes à la formation n'apparaît pas comme un obstacle pour les salariés. En revanche, la quasi-totalité des représentants des directions d'établissements ont fait référence au poids

financier des formations qualifiantes.

Les directions des ressources humaines font en outre référence à des coûts plus difficilement quantifiables (coût d'opportunité), liés aux conséquences non maîtrisées de la formation (absence d'un salarié expérimenté pendant la formation, ambition ou projets du salarié formé parfois contraires à ceux de l'établissement).

Ces coûts réels et d'opportunité sont d'autant plus ressentis par les établissements que le retour sur l'investissement formation n'est pas mesuré.

Dans les établissements de l'échantillon, aucun tableau de bord ne permet de mesurer la plus value des formations qualifiantes.

- Les tarifs des IFSI

Du fait d'une prise en charge forfaitaire des parcours qualifiants par L'OPCA, les tarifs pratiqués par les IFAS / IFSI / IFCS ont peu d'impacts pour les établissements (peu d'établissements connaissent le coût pédagogique d'une année de scolarité). Ces dépenses sont, somme toute, limitées (20 %) au regard de la rémunération (80%).

La comparaison des tarifs pratiqués par les IFSI fait apparaître des différences importantes pour lesquelles nous avons eu des difficultés à trouver les justifications.

Coût facturé 1 an de scolarité	IFSI Toulon	IFSI Aix	IFSI Gap	IFSI Montfavet
AP	4 300 €			4 702 €
AS	3 600 €	4 592 €	5 107 €	4 804 €
IDE	5 600 €	7 770 €	7 436 €	6 900 €
Cadre santé		8 991€		

Concernant la formation d'infirmier, selon les informations communiquées par les IFSI, les frais d'inscription à l'école (174€) et au concours (90€) sont les mêmes dans les différents IFSI visités. En revanche les frais de scolarité annoncés vont de 5 600 € à 7 770 € par an (soit près de 40 % d'écart).

« Le Conseil Régional est le financeur majoritaire. Nous partons d'un historique qui a été transféré par la CRAM au Conseil Régional (le transfert a pris fin en 2009). Quand il y a eu octroi de places complémentaires après ce transfert, c'est la région qui a payé (même prix

pour tous les établissements). Pour les places supplémentaires, c'est la région qui en fixe le prix. Nous allons vers une moyenne régionale d'ici 3 ou 4 ans ; les établissements seront engagés à essayer de se rapprocher pour chacun des détails de coûts. Il existe des distorsions importantes d'un établissement à un autre. Les prestations de notre établissement ont un coût. Politique de bien-être pour les étudiants (amphithéâtre, salle informatique, médiathèque...) qui rendent l'institut attractif. Nos partenariats, notamment avec l'université, contribuent à cette attractivité (journées professionnelles pour les cadres), de même que l'implantation dans la ville d'Aix. » (Direction IFSI)

Le Conseil Régional, conscient de cette hétérogénéité, met en place (depuis 2010) une procédure d'analyse des coûts uniformes pour l'ensemble des écoles dont il a la charge depuis la loi du 13 août 2004. Cet analyse est rendue possible par un outil budgétaire unique, dont deux tableaux traitent spécifiquement les frais de scolarité selon les statuts des stagiaires. Il espère ainsi avoir une meilleure visibilité de la tarification appliquée par chaque école.

La réforme du cursus infirmier (LMD) en 2009 a eu pour effet une baisse de la durée de formation (4 200 heures au lieu de 4 760 heures), elle aurait du avoir une incidence sur les coûts de formation (à la baisse). En fait, les Instituts de formation ont révisé leurs tarifs à la hausse puisqu'ils ont réévalué les coûts induits par les partenariats avec les universités (droits d'inscription à l'université, intervenants universitaires, accès aux services communs etc...).

Enseignements	Heures (avant la réforme)	Heures (depuis la réforme)
Enseignements théoriques obligatoires	2 080	1 800
Enseignements théoriques optionnels obligatoires	160	
Stages cliniques obligatoires	1 680	2 100
Stages laissés à l'appréciation des équipes pédagogiques		
Suivi pédagogique		300
Total durée de formation	4 760	4 200
Travail personnel guidé		900
Total général	4 760	5 100

Avec cette réforme, la formation des infirmiers intègre 900 heures de travail personnel complémentaire, source d'incompréhension et de malentendus entre directions d'établissement et agents en formation.

Les 900 heures de travail personnel exigé des étudiants correspondent à du temps complémentaire à la formation théorique et pratique qui n'entre pas dans le calcul des 4 200 heures de formation exigée. Cette estimation du temps personnel que l'étudiant doit consacrer à sa formation n'est pas rémunérée par l'employeur.¹⁷

Les agents issus de la fonction publique hospitalière « doivent » ce temps à l'employeur là où leurs collègues de promotion sous un autre statut (étudiants) utilisent ce temps pour leurs travaux personnels, cette différence est source d'inégalité en fonction du statut.

*« Mais les EP sont obligées de travailler pour le CHU sur leur temps de vacances. Elles sont considérées comme étant en activité. Auparavant, la loi disait que les EP avaient les mêmes droits, soit 28 jours de congés. Au CHU, on leur a demandé a posteriori (en juin) de rendre 20 jours. **900 h de travail personnel sont incluses** dans le programme dont la direction (et les circulaires ministérielles) ne veut pas entendre parler ; elle considère qu'elles doivent être faites sur le temps personnel. Au niveau européen, il y aurait de quoi contester. Nous verrons comment nous allons monter au créneau. De plus, les pratiques sont différentes selon les hôpitaux (à Grasse, on leur a laissé gracieusement les jours). Ça pose des difficultés à certains agents mères de famille qui ont déjà fait un effort considérable pour suivre ces cursus. De plus, on ne peut les faire travailler la 1^{ère} année sur un autre grade que leur grade initial et ça pose des problèmes car on va les remettre dans leur profession de base pour rendre leurs 20 jours. Ce n'est pas très motivant. » (Délégué syndical, CHU)*

« L'injustice vient des disparités en matière de congés car les étudiants sont rappelés 4 semaines ou 5 semaines, et il y a des distorsions entre établissements qui devraient tous adopter la même règle. » (Directeur, IFSI)

¹⁷ lettre circulaire n°DGOS/RH4/2010/337 du 1^{er} septembre 2010 relative aux congés annuels des agents en études promotionnelles.



La diversité des modalités de prise en charge des parcours qualifiants (dans leur globalité) révèle une inégalité objective des salariés dans leur démarche vers la qualification. Selon l'établissement, le statut, la qualification envisagée, ... un salarié ne bénéficiera pas des mêmes possibilités d'accès et de prise en charge de son parcours.



III. Déroulement des parcours, interruptions, sorties de qualification ?

Quels bénéficiaires, quels parcours, pour quels emplois ?

Dans ce chapitre, nous traitons plus particulièrement l'origine professionnelle des bénéficiaires, les qualifications préparées et les étapes des parcours qualifiants.

Nous nous sommes particulièrement intéressés aux points d'achoppement dans le déroulement de parcours souvent longs, les difficultés ou situations critiques rencontrées traduisent soit des obstacles techniques, soit des stratégies d'acteurs (établissements, individus). Ces obstacles peuvent produire des ruptures de parcours et s'avérer contre-productifs. L'investissement (ensemble des dépenses engagées dans la qualification des individus) va bien au delà des coûts directs (frais de scolarité, rémunérations...), il comprend les « coûts d'opportunité » au sens où l'individu qualifié est seul propriétaire de son savoir-faire, il fait donc des choix, des arbitrages, développe des stratégies.

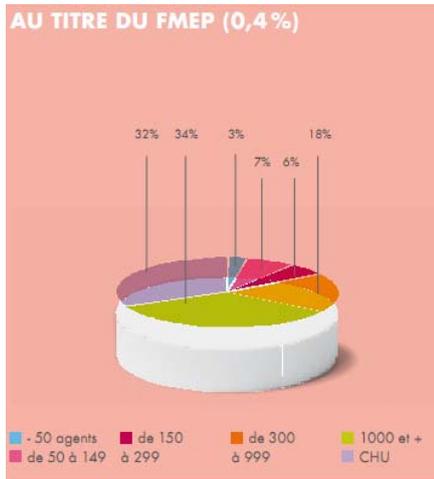
En connaissant les points d'achoppement dans les parcours, même s'ils concernent une minorité de personnes, il est possible d'améliorer le dispositif, notamment dans les processus en amont et en aval de la qualification. L'enjeu est de sécuriser les trajectoires professionnelles pour les individus et pour les organisations (employeurs et financeurs).

- Les parcours qualifiants dans le cadre des fonds mutualisés

Les « Fonds régional mutualisé – études promotionnelles » FORMEP, et « Fonds Mutualisé de financement des Etudes relatives à la Promotion professionnelle » FMPEP, permettent l'attribution aux établissements de moyens pour assurer le financement de formations qui relèvent des études promotionnelles.

Le Fonds Mutualisé de financement des Etudes relatives à la Promotion professionnelle (FMPEP) concerne tous les établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux publics. Cette contribution est obligatoirement versée à l'ANFH.

Elle a évolué depuis la création de L'OPCA en juin 2007 :



Contribution	2007	2008	2009
% de la masse salariale de l'année N-1	0,2 %	0,4 %	0,6 %

En PACA, le dispositif « Mut 50 » a été créé dès 2007 pour optimiser les financements affectés aux études promotionnelles et en faciliter l'accès aux petites structures et ce pour une durée de 5 ans. 40 établissements ont adhéré à ce dispositif à fin 2010.

Un guichet unique « Etudes Promotionnelles » a permis la prise en charge de 1 171 parcours en 2009 et de 212 demandes en 2010.

		% nb Dossiers examinés par la commission EP	% Financement accordé
CH Centres Hospitaliers	104	49,1%	54,0%
CHU Centre Hospitalier Universitaire	45	21,2%	25,5%
EHPAD Etablissement Hospitalier personnes âgées dépendantes	41	19,3%	14,0%
Etablissements sociaux	12	5,7%	3,7%
Autres	10	4,7%	2,8%
	212	100,0%	100,0%

- **Les parcours qualifiants de notre échantillon**

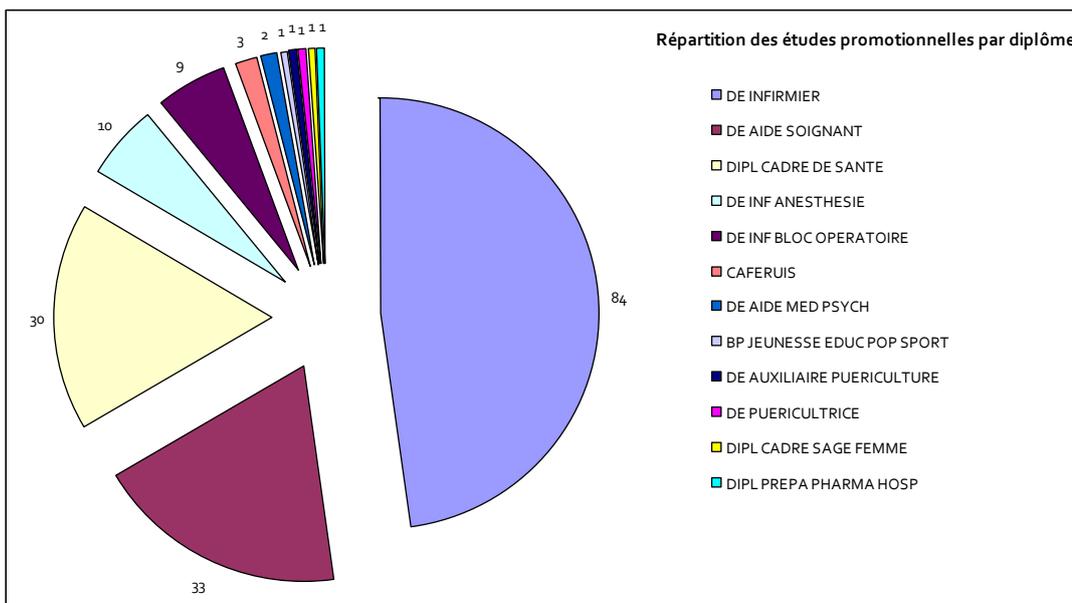
Analysés selon les caractéristiques des établissements employeurs, les 176 parcours financés en 2010 par L'ANFH PACA sur les fonds mutualisés se répartissent pour l'essentiel (97 %) dans des établissements hospitaliers notamment ceux qui emploient plus de 300 agents (90 % des contributeurs de L'ANFH PACA).

CH Centres Hospitaliers	108	61,4%
CHU Centre Hospitalier Universitaire	62	35,2%
EHPAD Etablissement Hospitalier personnes âgées dépendantes	3	1,7%
IME Institut médico éducatif	2	1,1%
IFSI Institut de Formation en Soins Infirmiers	1	0,6%
	176	100 %

Au regard des contributions de 2009, les principaux contributeurs du FMEP sont pour 84 % des fonds collectés les établissements de plus de 300 agents. Ce sont ces mêmes établissements qui mobilisent « l'investissement collectif » pour financer la qualification de leurs agents (96,6 % des parcours de notre échantillon).

- Quelles certifications préparées ?

Les données fournies par L'ANFH, pour 176 parcours pris en charge en 2010 pour le compte des établissements de notre échantillon montrent que les études promotionnelles concernent majoritairement les métiers de la santé (170 parcours) et accessoirement les métiers du social (6 parcours).



- L'origine professionnelle des bénéficiaires

Nous avons ensuite examiné l'origine professionnelle (grade, métier) des agents selon la qualification préparée.

Répartition des études promotionnelles selon l'origine professionnelle des agents :

GRADE, METIER AVANT PARCOURS **DIPLÔME VISE**

AIDE SOIGNANT	59	70,2%	DE INFIRMIER	84
AGENT SERVICE HOSPITALIER QUALIFIE	9	10,7%		
AIDE MEDICO PSYCHOLOGIQUE	7	8,3%		
AGENT ENTRETIEN	3	3,6%		
AGENT ADMINISTRATIF	2	2,4%		
ACHETEUR	1	1,2%		
AGENT MAITRISE	1	1,2%		
MONITEUR EDUCATEUR	1	1,2%		
PREPARATEUR PHARMACIE	1	1,2%		
AIDE SOIGNANT	21	63,6%	DE AIDE SOIGNANT	33
AGENT SERVICE HOSPITALIER QUALIFIE	9	27,3%		
ANIMATEUR SOCIO EDUCATIF	1	3,0%		
AIDE MEDICO PSYCHOLOGIQUE	1	3,0%		
AUXILIAIRE PUERICULTURE	1	3,0%		
INFIRMIER	18	60,0%	DIPL CADRE DE SANTE	30
INFIRMIER C SAN	5	16,7%		
INFIRMIER BLOC OPERATOIRE	2	6,7%		
INFIRMIER PUERICULTURE	2	6,7%		
ERGOTHERAPEUTE	1	3,3%		
MASSEUR KINESITHERAPEUTE	1	3,3%		
TECHNICIEN DE LABORATOIRE	1	3,3%		
INFIRMIER	5	50,0%	DE INF ANESTHESIE	10
MANIPULATEUR ELECTORADIOLOGIE MEDICALE	4	40,0%		
INFIRMIER ANESTHESIE REANIMATION	1	10,0%		
INFIRMIER BLOC OPERATOIRE	6	66,7%	DE INF BLOC OPERATOIRE	9
INFIRMIER	3	33,3%		
ANIMATEUR SOCIO EDUCATIF	2	66,7%	CAFERUIS	3
EDUCATEUR TECHNIQUE SPECIALISE	1	33,3%		
AGENT SERVICE HOSPITALIER QUALIFIE	2	100%	DE AIDE MED PSYCH	2
AGENT SERVICE HOSPITALIER QUALIFIE	1	100%	BP JEUNESSE EDUC POP SPORT	1
AIDE SOIGNANT	1	100%	DE AUXILIAIRE PUERICULTURE	1
INFIRMIER	1	100%	DE PUERICULTRICE	1
SAGE-FEMME	1	100%	DIPL CADRE SAGE FEMME	1
PREPARATEUR PHARMACIE	1	100%	DIPL PREPA PHARMA HOSP	1

- ✓ 58 % des parcours se font à l'intérieur d'une même famille professionnelle, la plus grande part correspond à des évolutions ascendantes (aide soignant vers infirmier, infirmier vers une spécialité, infirmier vers cadre de santé). Les établissements utilisent donc les FMEP comme un outil de mobilité fonctionnelle (spécialisation) et comme un moyen d'accompagner la promotion interne

Etude sur les parcours qualifiants

GIP FIPAN / CM / GIP FIPAN Etude ANFH sur les parcours qualifiants Rapport final et préconisations apres COPIL.doc mis à jour le 12/04/2011

(accès à une fonction d'encadrement) dans l'intérêt collectif de l'établissement.

- ✓ Le diplôme d'infirmier qui représente 48 % des études promotionnelles est préparé par des agents d'origines professionnelles très diverses (agents administratifs, agents des services logistiques), ce qui confirme l'attractivité de ce métier au delà de la famille des soins. Nous avons constaté que ces profils « divers » accédaient aux études promotionnelles lorsque le seul critère du « rang » au concours était pris en compte, dès que d'autres « filtres » ou « processus sélectifs » sont mis en place par l'établissement en amont ou en aval de la réussite au concours, les profils sont moins « diversifiés » et l'accès aux études promotionnelles se limite aux agents d'une même famille professionnelle. Les établissements utilisent alors le FMEP comme moyen d'évolution professionnelle des agents, l'absence ou la présence de processus sélectifs (autres que le concours) facilitant ou non l'émergence et la réalisation de projets individuels.
- ✓ Pour 16 % des parcours, les agents sont déjà dans le métier pour lequel ils se préparent :
 - soit les établissements anticipent la réussite au diplôme et révisent l'affectation de l'agent avant la fin du parcours qualifiant, ce signal donné « par anticipation » permettrait de prévenir d'éventuelles fuites de compétences vers d'autres établissements. Cela semble être le cas pour les parcours spécifiques des infirmiers anesthésistes diplômés d'état (IADE) et des infirmiers de bloc opératoire (IBODE).
 - soit il s'agit de personnels « faisant fonction » sans avoir la qualification requise et les études promotionnelles permettent de régulariser, de mettre en conformité des situations de fait. Cela semble être le cas de 20 parcours d'aides soignants dans un des hôpitaux de notre échantillon.Dans cette configuration, les études promotionnelles sont le moyen « d'entériner » ou de régulariser une situation professionnelle « préexistante »



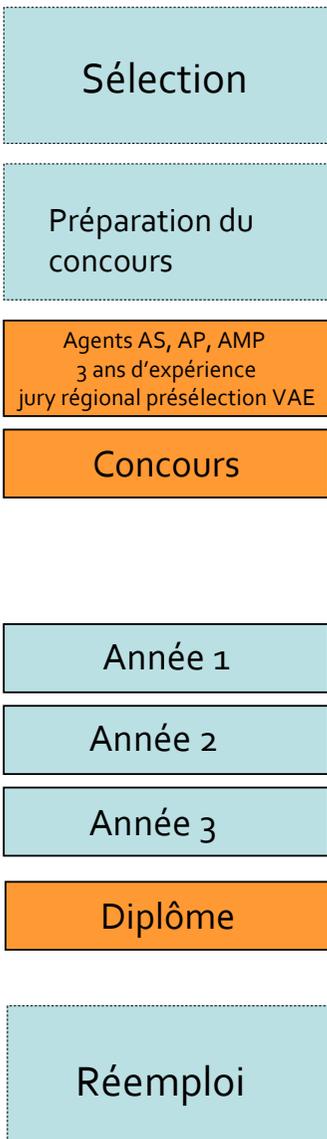
- Le parcours-type

Nous avons schématisé le parcours qualifiant le plus long (infirmier) à savoir :

- ✓ Les étapes de ce parcours : de la sélection (en amont) au réemploi (en aval) après l'obtention du diplôme préparé
- ✓ Les pratiques d'établissements à chacune de ces étapes
- ✓ Les démarches autonomes d'agents
- ✓ Les interruptions repérées à chacune de ces étapes.



Schéma d'un parcours qualifiant d'Infirmier



Etablissement	Agent	Interruptions de parcours
<ul style="list-style-type: none"> • Repérage par l'encadrement de soins et signalement DRH (entretien annuel) • Période de « faisant fonction » • Commission « interne » de présélection • Examen candidature par DRH (dossier et entretien) • Tests de présélection en IFSI • Préparations aux concours intégrées au plan de formation (50 % sur temps de travail, 50 % sur temps personnel) 	<ul style="list-style-type: none"> • Démarche autonome (à l'insu de l'établissement) • Préparation « autofinancée » (sur temps personnel) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Abandon en cours de préparation
<ul style="list-style-type: none"> • Critères de sélection (rang, absentéisme, avis encadrement, commission CTE...) • Montage du dossier EP (plan de formation et/ou FMEP) 	<ul style="list-style-type: none"> • Montage du dossier CFP (délai de réponse 30 j employeur puis 60 j ANFH) Ou • Recherche d'un financement propre 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Échec au concours ➤ Démarche différée (liste complémentaire) ➤ Refus de financement (report d'un an ou plus) ➤ Refus CFP
<ul style="list-style-type: none"> • Examen au cas par cas : redoublement et financement d'une année supplémentaire 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Abandon ➤ Redoublement
<ul style="list-style-type: none"> • Emploi au grade et métier correspondant au diplôme Ou • Réemploi au grade et métier antérieur • Gestion de l'obligation de servir (3 fois la durée de la formation, 5 ans maximum) 		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pas de titularisation après réussite au diplôme ➤ Rapprochement familial ➤ Détachement ➤ Disponibilité ➤ Démission

- Des pratiques sélectives dans les établissements

Ces pratiques sélectives (autres que le concours proprement dit) ont pour fonction de choisir les agents qui pourront bénéficier d'un parcours de qualification avec l'appui de l'établissement employeur.

Ces procédures sélectives prennent différentes formes, selon les établissements :

1. **L'entretien annuel avec le cadre de proximité** : Cet entretien d'évaluation comprend un relevé annuel des souhaits de formation ou d'évolution de l'agent. Cet entretien n'est pas l'entretien de formation ¹⁸ tel que prévu dans les textes sur la formation tout au long de la vie (FTLV) mais a pour objet l'évaluation et la notation de l'agent par sa hiérarchie de proximité.

« Pour choisir les agents en parcours promotionnels, on croise deux types d'information 1) les souhaits de formation exprimés par l'agent lors de l'entretien annuel de notation 2) l'encadrement qui perçoit des potentiels d'évolution ou qu'il suscite. » (DRH, CH)

« C'est à l'occasion de l'entretien annuel qui fixe des objectifs de progrès que l'agent fait état de ses besoins de formation, c'est la compilation des demandes individuelles qui permet au service formation d'établir le plan de formation pour l'année à venir. Quand un agent demande une formation qualifiante, il y a souvent des résistances ou blocage de la Direction des soins, on a eu un collègue qui a monté son dossier directement avec le service formation.(...) Même si le cadre de santé donne son avis pour que la demande soit acceptée, c'est à l'agent de faire ses démarches et tous les agents ne le font pas, notamment les agents qui travaillent de nuit. » (Délégué syndical, CH)

2. **une période préalable de « faisant fonction »** : cette modalité est quelque fois appliquée pour les parcours d'infirmiers spécialisés, elle est systématique pour les cadres de santé.

« Pour les IADE et les IBODE, ce sont souvent des agents qui sont déjà en bloc opératoire ou dans un secteur d'anesthésie réanimation. Il est préférable que l'IDE exerce au préalable dans ce secteur avant d'envisager de faire une spécialité. Idem pour la puéricultrice à laquelle on demande de travailler auprès des enfants pendant un an » (DRH, CHU)

*« On a mis en place un dispositif de « **faisant fonction de cadres de santé** », notamment pour préparer les parcours de promotion cadre et avant de financer la formation on les met déjà dans une position de « faisant fonction » et si cela fonctionne bien... la formation est prise en charge. » (DRH, CHU)*

3. **une commission ou un jury interne de présélection** : cette commission qui ne comprend pas de

¹⁸ L'entretien de formation est un des outils prévus dans les textes de la FTLV. 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

représentants élus émet un avis de recevabilité des demandes de formation avant le concours, elle se pratique dans les établissements qui financent les actions de préparation aux concours.

« La mise en place de jurys de présélection par la direction de l'hôpital empêche le libre accès à la préparation aux concours, pour toutes les préparations. Dans le jury il y a la DRH, le directeur des soins et deux personnes extérieures à l'établissement (un formateur et un cadre infirmier), pas de représentant du personnel. Les agents sont frustrés en entrée de jeu (...) pour le concours de cadres : 30 candidats, 5 retenus. C'est donc une façon pour la direction de recruter la personne de leur choix » (Délégué syndical, CH)

« Le salarié fait sa demande de formation, le chef de service donne son avis, puis le DRH. La commission formation valide. Les demandes refusées au départ, ne sont pas présentées à la commission formation. Pas de critères objectifs à part le critère financier. De même que si la personne qui souhaite être formée est dans un service qui est en sous effectif, on ne la laissera pas s'inscrire. En dernier recours, la direction a le dernier mot car les demandes de formation sont refusées dans les services en sous effectif. » (Délégué syndical, CH)

4. des tests de présélection à L'IFSI : ces tests « psychotechniques » permettent de sélectionner les agents qui pourront préparer le concours avec l'appui et le financement de l'établissement employeur.

« Des tests de présélection pour le compte des établissements hospitaliers sont organisés pour sélectionner les agents retenus pour des formations préparatoires aux concours d'entrée en IFSI et en école des cadres. » (Directeur, IFSI)

Ces différentes formes de sélection traduisent des pratiques de management et de gestion de ressources humaines en amont du concours. Les établissements s'assurent donc :

- ✓ de l'avis de l'encadrement de proximité et de la Direction des soins sur la compatibilité du projet de formation avec les contraintes organisationnelles.
- ✓ de la « capacité » supposée ou vérifiée de l'agent à réussir son parcours.

Ces pratiques s'observent dans les établissements qui financent les actions de préparation aux concours dans le cadre du plan de formation.

Elles peuvent « décourager » certains agents qui chercheront à préparer le concours « à l'insu » de l'établissement employeur. Dans ce cas, l'agent qui fait une démarche autonome prend le risque de se voir refuser ou différer son projet de formation.

« Un agent peut passer le concours de son propre chef, à l'insu de l'établissement, et s'il réussit le concours il demande une prise en charge, c'est très mal vu, très mal perçu, si la direction n'était pas au courant. Donc, dans ce cas souvent, son entrée en formation est reportée d'un an puisque l'agent garde le bénéfice de son concours pendant 2 ans, mais si, entre deux agents, un qui a fait une

démarche autonome, l'autre avec l'aval de la direction, celui qui passera devant c'est celui qui aura préparé son concours à l'interne... mais ce ne sera pas forcément le meilleur agent ! Car après tout celui qui fait une démarche personnelle, qui est motivé et qui réussit, il a fait la preuve de sa motivation et il faut pouvoir l'accompagner. »(Délégué syndical, CH)

Ces pratiques sélectives démontrent le poids de la direction des soins ou des chefs de service dans les décisions de formation... Les établissements mettant en place ces procédures « entonnoir » les justifient par l'investissement conséquent qui va être consenti jusqu'au terme du parcours.

- Les concours et la problématique des listes de report

Une fois connu le résultat aux concours d'entrée, les établissements et agents connaissent la liste (principale, complémentaire) et le rang d'admission au concours, ils disposent de peu de temps pour solliciter le financement avant l'entrée en formation (septembre), délai qui semble insuffisant pour les agents qui ne seraient pas choisis et pris en charge par leur établissement employeur.

Les agents reçus au concours (même si leur démarche est autonome) sollicitent un financement auprès de leur établissement employeur. Le montage d'un congé de formation professionnelle ne sera fait que si la prise en charge est refusée car cette option présente les désavantages suivants :

- ✓ un délai de réponse de 30 jours pour l'employeur puis de 60 jours par L'ANFH (délai rédhitoire dans le temps imparti)
- ✓ une durée de congé limitée à deux ans, durée insuffisante pour l'intégralité du cursus infirmier.

L'établissement employeur doit à nouveau sélectionner les agents au niveau du financement et appliquer des « critères » plus ou moins objectifs pour opérer ce choix. Notons que dans les établissements qui ne retiennent comme seul critère que le rang au concours, l'accès au parcours est plus « ouvert » et la décision de prise en charge perçue comme plus équitable.

*« On va sélectionner seulement sur dossier pour les formations préparatoires, et lorsque ces personnes auront réussi le concours, on les rencontrera pour voir à qui on attribue les études promotionnelles à l'aide de **critères objectifs : assiduité dans la formation préparatoire, rang d'arrivée au concours d'entrée, leur parcours au sein de l'établissement etc....**Nous changeons de méthode*



*parce que cela avait introduit un biais de sélectionner pour la formation préparatoire, les gens « se sentant sélectionnés » étaient sûrs d'être financés, on a choisi une logique de formation ouverte pour tous, tout le monde peut tenter sa chance et l'institution doit encourager ces agents motivés, et une fois qu'ils ont réussi le concours, là, **l'institution sélectionne les agents pour les études promotionnelles.** » (DRH, CH)*

*« On ne va pas forcément financer toutes les personnes qui ont réussi le concours, les agents qu'on n'estime pas suffisamment investis dans l'institution pour être financés, même si on a des besoins objectifs sur ces emplois. Il y a un **avis de la hiérarchie**, le dossier de l'agent avec son **absentéisme**. Souvent on va proposer un **report**, notamment lorsqu'on refuse des dossiers pour un absentéisme important. » (DRH, CH)*

*« La personne va se présenter au concours et fait sa demande de formation promotionnelle lorsqu'elle a réussi le concours. Un avis est émis par le service mais c'est sur la base des résultats du concours que l'on prend en charge la formation. **Le rang de classement nous a semblé être le critère le moins contestable.** » (DRH, CHU)*

Le problème des reports nous apparaît comme un dysfonctionnement majeur dans le déroulement des parcours.

L'article 22 de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier ¹⁹ prévoit pour les agents non pris en charge au titre de la promotion professionnelle ou du congé de formation promotionnelle bénéficient d'un dérogation de droit d'un an.

Les établissements hospitaliers se trouvent confrontés à gérer des listes d'attente d'un an et plus par manque de financements. Au delà des insatisfactions générées par ces situations, le problème risque de s'accroître avec le

¹⁹ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier

Article 22 : « Les résultats des épreuves de sélection ne sont valables que pour la rentrée au titre de laquelle elles sont organisées.

Une dérogation est accordée de droit en cas de **congé de maternité**, de **rejet du bénéfice de la promotion professionnelle ou sociale**, de **rejet d'une demande de congé formation**, de **rejet d'une demande de mise en disponibilité ou pour la garde d'un enfant de moins de quatre ans**.

En outre, en cas de maladie, d'accident ou, si l'étudiant apporte la preuve de tout autre événement grave lui interdisant d'entreprendre ses études au titre de l'année en cours, un report exceptionnel peut être accordé par le directeur de l'institut de formation.

Le directeur d'institut de formation fixe la durée des dérogations lorsqu'elles sont supérieures à un an ou en cas de demande de renouvellement, dans la **limite de trois ans**.

A titre transitoire, les personnes ayant bénéficié d'un report antérieurement à la publication du présent arrêté en conservent le bénéfice pendant la durée pour laquelle ce report avait été octroyé.

Toute personne ayant bénéficié d'un report d'admission doit, six mois avant la date de rentrée, confirmer son intention de reprendre sa scolarité à la rentrée suivante.

Le report est valable pour l'institut de formation en soins infirmiers dans lequel le candidat avait été précédemment admis. »



rajeunissement de la population des aides-soignants qui, logiquement, sera en demande d'évolution professionnelle.

« Si des agents sont sur listes d'attente, ils peuvent bénéficier d'un report, ce qui limite le nombre de places l'année suivante. Ils gardent le bénéfice de la réussite au concours pendant 2 ans. » (Délégué syndical, CHU)

« On gère des **listes complémentaires de report sur l'année suivante**, mais on a un problème car jusqu'à présent on avait évité ce phénomène, et cette année on s'y trouve confronté. On doit stopper le phénomène car on va se retrouver à accorder des **reports de deux ans ou trois ans** et à générer un grand nombre d'insatisfactions. On aura autant de reports que d'agents qu'on a fait rentrer. Vont se rajouter les agents qui auront réussi cette année et si on continue comme ça, on crée de l'insatisfaction, de la frustration. On a besoin de financements, sur les IDE surtout. Tous les hôpitaux ont ce besoin. » (DRH, CHU)

« En 2009, 4 AS ont été « reçues-collées ». L'IFSI est tenu d'accorder 20% des places à la liste 2 (titulaires de la FPH), sous réserve que ces candidats aient une moyenne supérieure à 10/20. Mais en 2009, les possibilités de financements n'ont pas permis la prise en charge de leur formation. » (DRH, CH)

« Le taux d'échec au concours d'entrée est important. Par contre cette année, 8 réussites et donc il y en a 4 qui attendent et qui partiront l'an prochain (1 an de report possible). » (Délégué syndical, CH)

Le refus de prise en charge de la formation par l'établissement employeur peut générer des **demandes de disponibilité** de la part des agents, notamment les agents reçus au concours d'entrée pour la **formation cadre de santé**.

« Au niveau des initiatives individuelles pour des agents qui présentent le concours, ils se mettent souvent **en disponibilité** car les établissements ne prennent pas en charge la formation quand ils n'ont pas fait leur choix, et ce pour des questions internes. Cela dépend de la politique de chaque établissement. Les cadres prennent en charge leur formation. Chaque année, une dizaine payent leur formation (sur 65). Cette année, un seul agent a pris en charge sa formation car la Région a octroyé 4 places. Ils s'arrangent ensuite avec leurs employeurs. » (Directeur, IFCS)

- **Les ruptures de parcours en cours de formation**

Avec la réforme des études d'infirmier (LMD), 40 % de la formation théorique est assurée par des universitaires, le nouveau référentiel de formation met l'accent sur les savoirs théoriques et l'aptitude du stagiaire à mobiliser ces savoirs en situation professionnelle (savoir transférer et savoir agir). Ce nouveau référentiel exige un certain niveau culturel et des compétences méthodologiques pour appréhender ces enseignements.

Les IFSI constatent un **taux d'abandon plus important** en

première année (8 abandons en première année sur 76 étudiants dans un IFSI, soit un taux d'abandon de 10 %), ce qui pose des problèmes de fonctionnement aux Instituts (non remplacement des stagiaires, fonctionnement en sous quota).

Un des établissements hospitalier de notre échantillon fait état de 4 abandons en première année sur 21 parcours (soit 20 % des agents en études promotionnelles d'Infirmier), dans ce cas, les établissements employeurs ne peuvent « ré attribuer » le financement à d'autres agents une fois la formation commencée.

« On risque de se retrouver avec des abandons d'études beaucoup plus importants, la formation devient universitaire, avec un travail personnel beaucoup plus important, une formation plus théorique et on va se retrouver avec des gens qui ne pourront pas absorber cela donc avec des abandons. A l'heure actuelle, il y a 20 % d'abandons la première année d'études, alors qu'on était avant dans un processus encadré, sélectif, là on va se retrouver avec des stagiaires à qui on demande une posture réflexive... alors qu'ils n'auront pas été sélectionnés au concours d'entrée sur leur niveau de maîtrise du français. » (Délégué syndical, CH)

« On identifie un problème de capacité à suivre la formation (problème de niveau donc abandon) et un problème d'investissement (les agents pensent être arrivés et n'ont pas conscience du travail que cela représente). » (DRH, CHU)

Les « redoublements » se traduisent souvent par une rupture de financement, l'agent doit alors rechercher une solution (prêt personnel) pour financer son année supplémentaire.

« La règle veut que l'on finance 3 ans et qu'on autorise une année de redoublement, mais si c'est un problème d'investissement, vérifié par le conseil pédagogique, ou de pratique, elle peut redoubler, mais on ne finance pas. » (DRH, CHU)

« On a droit à un redoublement après examen du dossier. Il est facile d'échouer sur un module, c'est plus difficile qu'avant. Il y a beaucoup d'abandons, pourquoi ? Les agents sont déboussolés par les nouvelles études (cours de philosophie, anglais, fiche de lecture....) ne sont pas préparés à ça. C'est difficile pour les EP et courageux de leur part. » (Délégué syndical, CHU)

« Une autre personne a eu à redoubler sa première année et comme nous avions prévu un financement de 3 ans, la personne s'est financé son redoublement et elle a continué. » (DRH, CH)

- Les sorties de parcours et la gestion de « l'obligation de servir »

Il est généralement très rare de trouver des personnes employées sur un statut / grade inférieur à celui préparé dans les études promotionnelles.

Ces cas sont constatés :

- ✓ dans les établissements qui n'ont pas les dotations en postes suffisantes, des agents qualifiés peuvent se trouver réaffectés sur des postes en décalage avec la qualification obtenue. Ces situations sont observées dans des EHPAD et les agents concernés, par choix personnel, n'optent pas pour une mobilité,
- ✓ dans les établissements qui attendent une vacance de poste pour titulariser l'agent qualifié.

« Le cas d'une personne est évoqué : pas de concours sur titre après obtention du diplôme. Cette personne est restée sur son poste » (1 personne dans un IME)

« Nous avons des personnes qui ont obtenu le diplôme d'aide-soignant, soit par la formation soit par la validation des acquis de l'expérience, qui sont revenues dans l'établissement et ne sont pas employées dans la catégorie et au niveau d'emploi correspondant à leur qualification. Elles ont été réaffectées sur des emplois d'ASH, ce qu'elles étaient avant de partir en formation. Elles exercent des missions d'aides-soignants mais tant que la convention tripartite n'aura pas été révisée, la direction ne peut pas leur offrir de postes. » (4 personnes dans un EHPAD)

« Sauf une fois, le cas d'une AMP qui est restée sur son poste d'ASHQ pour un problème de mobilité. » (1 personne dans un EHPAD)

« On a un exemple, un cas d'un agent sorti de formation IADE. Il est allé au bloc 3 mois et on lui a dit ensuite qu'il y avait pénurie de personnel dans les services. « Vous êtes en sureffectif » : il a fait une année en chirurgie en qualité d'IDE. Il devait y avoir des départs à la retraite, mais en raison des réformes, des agents sont restés. Dans ce cas précis (IADE), l'agent n'a pas pratiqué (à quand même fait quelques vacances), il perd son savoir-faire, n'a pas la possibilité de mettre en pratique sa technicité et se met en danger... » (1 personne en CH)

A l'issue de la formation, après obtention du diplôme, la majorité des personnes nouvellement diplômées intègre un poste correspondant aux nouvelles qualifications (éventuellement après un délai de 1 à 6 mois) avec une obligation de servir.

Cette obligation de servir vaut pour une « durée égale au triple de celle de la formation, dans la limite de cinq ans maximum à compter de l'obtention de ce certificat ou diplôme... »²⁰, bon nombre d'établissements appliquent cette disposition pour leur compte alors qu'en réalité l'engagement est contracté à l'égard de l'ensemble des établissements énumérés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986²¹, c'est-à-dire tous les établissements relevant de la fonction publique hospitalière.

²⁰ Dispositions du Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière Article 9

²¹ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006068965&dateTexte=vig>

Les Infirmiers diplômés sont, dans la plupart des établissements rencontrés, affectés dans le service long séjour, gériatrie, dans lequel les difficultés de gestion des ressources humaines nous ont été signalées comme les plus prégnantes.

Ces modalités d'affectation sont source d'inégalités entre agents formés par le biais des études promotionnelles et jeunes étudiants sortants des mêmes instituts de formation.

« Les aides-soignants qui partent en formation promotionnelle IDE en IFSI ont, à leur sortie d'IFSI, une affectation sur notre centre de moyen et long séjour. On est dans un cadre où il y a une obligation de servir, et cette obligation est utilisée par l'établissement pour qu'il y ait un vrai retour sur investissement dans ces services de gériatrie pour lesquels on n'arrive pas à recruter des jeunes DE à la sortie de L'IFSI. Cette problématique qui engage des réflexions « atypiques » des RH : faut-il un contrat particulier ? voire des primes d'activité spécifique ? pour résoudre ces problèmes d'affectation sur des services réputés peu attractifs et qui vont cette année, se retrouver en très grande difficulté. » (DRH, CH)

« Les études promotionnelles nous les utilisons pour recruter des agents là où on en a besoin, donc nous utilisons l'obligation de servir pour les affecter automatiquement dans les services qui ont des besoins, c'est très rare qu'on ait d'autres propositions à faire... et les postes qui restent vacants après les recrutements extérieurs : ce sont les postes dans les services de gériatrie, résultat : nos agents bénéficiaires d'études promotionnelles se trouvent affectés dans ces services là. » (DRH, CH)

« Une AS, financée par l'établissement pour une formation d'IDE aura une obligation de servir pendant 5 ans... mais au bout de 5 ans, elles s'en vont ! On avait des problèmes au CMLS (Centre de Moyen et Long Séjour), le choix de la direction des soins a été de placer d'office ceux qui étaient financés pour leurs études promotionnelles, ces gens-là sont partis après les 5 ans. » (Délégué syndical, CH)

« On impose à nos EP d'aller à Tende (Centre de convalescence dans le haut pays) pendant un an. C'est la contrepartie de notre financement. L'agent sera tenu d'aller sur les secteurs prioritaires. Les postes non pourvus sont attribués aux EP par tirage au sort. Les EP font leur année à Tende. Il nous est arrivé d'organiser cette obligation sur une période de 6 mois et d'envoyer un autre agent après ces 6 mois, maintenant une IDE qui a travaillé au CHU de Nice pendant 6 mois acceptera difficilement d'aller travailler à Tende les 6 mois suivants. » (DRH, CHU)

« La direction attribue les postes aux EP en fonction des besoins et selon le rang au concours, avec obligation de servir pendant 5 ans. Les agents peuvent demander une mutation avant 5 ans mais c'est difficile à obtenir... Certaines renoncent au bénéfice de leur concours ; il y en a peut-être plus que ce que l'on pense. » (Délégué syndical, CHU)

Face à ces contraintes objectives, les agents les mieux informés cherchent à contourner la règle pour déroger à cette obligation. Les demandes de disponibilité, détachement, mobilité pour suivre un conjoint... sont autant de motifs suspensifs de cette obligation de servir.

*« Les agents qui se voient proposer un report peuvent demander une disponibilité pour financer à titre personnel la première année et ils reviennent pour être pris en charge les deux dernières années, du coup **avec cette stratégie, ils n'ont pas l'engagement de servir.***



Il y a des gens qui sont bien informés, multiplier les approches d'établissements et privilégier d'aller dans les établissements où ils ont l'assurance de se faire financer les études promotionnelles. On a eu des IDE qui anticipaient qui, en fonction des listes IFSI, partaient sur Marseille où elles avaient l'assurance d'être prises en charge dans le cadre des études promotionnelles. Ce sont souvent des jeunes qui ne veulent pas patienter et ont envie de faire une carrière rapide. (...) Par contre, il nous arrive d'avoir des agents financés pour leurs études promotionnelles qui partent en disponibilité. Là, c'est arrivé, et là on a aucun dispositif qui nous protège, on finance la formation promotionnelle, l'agent part en disponibilité à sa sortie d'IFSI, cela suspend à la fois son engagement de servir et le remboursement de sa formation. L'investissement est complètement perdu, on perd 3 années de formation et la personne d'en va. En nombre de parcours, 2 personnes étaient dans ce cas de figure l'année dernière, une personne en disponibilité, une autre a demandé son détachement auprès du ministère de la défense. Le détachement avait suspendu son obligation de servir et nous n'avons pas été remboursés de sa formation. Chaque parcours d'infirmier coûte 100 000 €, c'est quelqu'un qui a pris une place qui aurait pu servir à quelqu'un d'autre, il n'y a pas de retour sur investissement pour l'établissement, la personne avait un projet personnel mais qui du coup était en complète contradiction avec l'engagement que l'on avait pris. »(DRH, CH)

*« Nos indicateurs, ce qui nous alerte, ce sont des **demandes de disponibilité** ou des **demandes de détachement**. »(DRH, CH)*

« Certains agents quittent leur fonction : ils font un emprunt pour rembourser, se mettent en congé parental, en maladie, ou se font racheter par d'autres établissements. » (Délégué syndical, CHU)

Les parcours qualifiants, financés dans le cadre du Fonds de Mutualisation pour les Etudes Promotionnelles (FMPE), servent des politiques diverses : accompagnement d'agents sur des postes et fonctions d'encadrement correspondant aux besoins des établissements, outil au service de projets individuels d'évolution professionnelle, moyen de régularisation de fonctions et d'emplois...

L'accès à la qualification est non seulement régi par le concours d'entrée en formation mais aussi par des pratiques sélectives dans les établissements. Différentes procédures de gestion des ressources humaines limitent l'accès des agents et l'investissement financier pour les établissements employeurs. Ce faisant, les établissements « assurent » leur investissement et vérifient la compatibilité des projets avec la direction des soins et les contraintes internes de fonctionnement.

Une fois le résultat du concours connu, la prise en charge par l'établissement ou le FMPE dépend de critères « internes » (démarche « à l'insu » ou accompagnée par l'établissement, rang au concours, absentéisme...) et des rejets / reports de parcours sont observés (les « reçus / collés »), pour les infirmiers et pour les cadres de santé. Le délai très court entre le résultat du concours et l'entrée effective en formation ne



permet pas toujours des solutions alternatives (congé de formation professionnelle, autofinancement) et bon nombre d'établissements ont à gérer des « listes d'attente » sur plusieurs années.

Des abandons sont constatés en première année (depuis la refonte des études d'infirmier révisées en 2009), ce qui signale des besoins à satisfaire pour « sécuriser » les parcours et optimiser les « places » mobilisées par L'IFSI et par l'établissement employeur.

L'image de « l'entonnoir – passoire » est celle qui illustre l'accès et le déroulement des parcours qualifiants pour les agents de la fonction publique hospitalière.

Selon un système de contribution / rétribution, –le bénéfice d'un parcours en contrepartie d'un engagement de servir-, les établissements développent des règles internes pour tirer le meilleur parti des agents bénéficiaires (gestion de l'obligation, affectation dans les centres, pôles et services en déficit de candidats...).

Face à ces règles formelles et informelles, les agents les mieux informés développent des stratégies de contournement de ces règles.

IV. Nos préconisations

L'optimisation des parcours qualifiants représente un enjeu important pour les établissements, leurs salariés et le système de santé.

Nous avons observé lors de notre étude que tous les paramètres qui interviennent dans le déroulement de ces parcours et qui peuvent être à l'origine de dysfonctionnements constatés ne sont pas du seul ressort des établissements.

Nos préconisations se déclineront, en conséquence, en direction de trois catégories d'acteurs:

1. Les établissements adhérents,
2. L'ANFH,
3. Les organismes de formation

Cette présentation permettra, en outre, de personnaliser la diffusion du rapport final en fonction des acteurs concernés.

A. Préconisations concernant les Etablissements adhérents

Il ressort de nos entretiens, confirmés par une étude récente de l'INSEE et de l'ORM²², que la problématique des métiers en tension est largement liée à la **fidélisation des salariés**, à la **gestion de leurs carrières**, en particulier les infirmiers, et à l'**attractivité de ces métiers** sous statut salarié. Nos préconisations s'adressent donc en priorité aux directions et services en charge de la gestion des ressources humaines. Nous aborderons ensuite la thématique de la communication, en relation avec l'attractivité des métiers de la fonction publique hospitalière.

1. Les ressources humaines

Améliorer la visibilité en termes de gestion prévisionnelle

La mise en place progressive de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences dans les établissements hospitaliers de la région devrait permettre une **visibilité à 5 ans** :

- Des effectifs requis dans chaque service par la réorganisation de l'offre de soins par pôle ou filière de soins,
- Des besoins de renouvellement par métier en fonction de la pyramide des âges et des départs théoriques à la retraite.

Une instruction de la DGOS du 23 juin 2010²³ permet aux établissements de solliciter des financements auprès du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) en déposant des projets de GPMC, une dotation de 615 600 € a été allouée à la région PACA au titre de 2010.

Ces **projections à 5 ans** constituent un préalable pour **anticiper les besoins en recrutement et en formation promotionnelle**.

Plutôt que de raisonner en « droit de tirage » au regard des contributions financières, **les établissements ont intérêt à fixer le nombre d'études promotionnelles chaque année en fonction de ces projections à 5 ans**.

Ils peuvent également intégrer le dispositif « apprentissage » qui leur permet une visibilité à plus court terme (à un an, deux ans ou 3 ans suivant l'année de formation pour une IDE qui poursuit son cursus en apprentissage).

Compte tenu du délai requis pour la formation (3 ans + 1 an d'adaptation), la prévision à

²² « Dynamique des métiers de la santé, de l'action sociale, culturelle & sportive » Auteurs : Sylvain Adaoust, Insee Provence-Alpes-Côte d'Azur, Adeline Petrovitch, Dominique Vial, ORM Provence-Alpes-Côte d'Azur (juin 2010)

²³ INSTRUCTION N°DGOS/RHSS/MEIMMS/2010/215 du 23 juin 2010 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), de projets visant à renforcer la gestion prévisionnelle des métiers, des effectifs et des compétences dans les établissements de santé

Etude sur les parcours qualifiants

GIP FIPAN / CM / GIP FIPAN Etude ANFH sur les parcours qualifiants Rapport final et préconisations apres COPIL.doc mis à jour le 12/04/2011

5 ans nous apparaît la plus pertinente, une projection à trois ans étant un minimum.

Garantir l'équité d'accès aux parcours qualifiants

Notre étude a montré des pratiques de sélection en amont des parcours qui s'ajoutent à l'épreuve du concours, par nature sélective.

- Le statut (titulaire ou contractuel) ne devrait pas avoir d'incidence sur l'accès aux études promotionnelles, notamment pour les agents recrutés en raison d'absence de corps de fonctionnaires susceptibles d'assurer les fonctions recherchées (CDI accumulant une ancienneté suffisante pour être pérennisés) ;
- Le rang au concours apparaît comme le critère le plus objectif et le moins contestable. La prise en charge financière des études promotionnelles (au titre du FMEP) ne devrait prendre en compte que ce seul critère et permettrait de garantir l'équité d'accès aux agents, quels que soient le statut et l'origine professionnelle.
- Les personnes reçues aux concours et non prises en charge par un établissement employeur devraient pouvoir bénéficier d'une mobilité au niveau du même territoire de santé (prise en charge par un autre établissement). La délégation régionale de L'ANFH devrait être appui et conseil auprès des agents placés dans cette situation.

Améliorer la communication interne

Les représentants des agents, participant aux réunions du Comité Technique d'Etablissement et/ou à la commission formation, doivent pouvoir disposer d'informations prospectives (projets de l'établissement, pyramide des âges, besoins en emplois, dispositifs de formation...) et relayer les décisions des directions et services en charge des ressources humaines.

La transparence sur les procédures, règles objectives pour la prise en charge des formations, la gestion des congés, les obligations de servir... favoriserait l'adhésion des représentants aux projets des établissements et contribuerait à améliorer les relations sociales.

Sécuriser les parcours qualifiants

L'hétérogénéité des salariés (formations antérieures, âge, expérience, situation familiale ...), la difficulté des qualifications préparées justifient la mise en place d'une ingénierie pédagogique des parcours dans leur globalité, de la préparation au concours jusqu'à l'intégration dans le nouvel emploi.

L'existence d'un accompagnement à la formation permettrait de supprimer rapidement des obstacles avant qu'ils ne deviennent irrémédiables. Le parcours jusqu'à la

qualification, puis dans l'entrée dans le nouvel emploi est long et semé d'embûches. Le salarié en formation fournit un effort d'adaptation important, son entourage également. La rupture du parcours, quels qu'en soient le motif et le moment, est un échec pour l'individu et pour l'établissement employeur. Un accompagnement et un suivi tout au long du parcours permet de prévenir les risques de rupture et de trouver si nécessaire, une solution à la difficulté rencontrée avant l'abandon de la formation.

Cela passe par la mise en œuvre d'une [ingénierie de l'ensemble du parcours de formation](#).

Cet accompagnement concerne l'amont et l'aval du parcours qualifiant.

En amont :

- Valider le projet d'évolution de l'agent ([Bilan de compétences](#)),
- Valoriser et valider les acquis professionnels de l'agent (positionnement, [Validation des Acquis de l'Expérience](#) si le diplôme visé est accessible par cette voie),
- Proposer des [actions de préparation](#) aux concours dans le cadre du [DIF](#),

Après le concours et avant l'entrée en formation, proposer :

- Une remise à niveau en enseignement général,
- Une formation méthodologique pour se préparer à intégrer une formation universitaire avec un référentiel de formation théorique et clinique.

Ces actions limiteraient le nombre d'abandons en première année du cursus Infirmier.

En aval (après le diplôme)

- Accompagner la prise de fonctions en systématisant un parrainage, un tutorat avec un pair expérimenté (par pôle ou par territoire) en dehors du service d'affectation (ce tutorat permettrait, en outre d'aménager et de valoriser les agents seniors et d'assurer la transmission de savoir-faire entre générations). Cet accompagnement implique de professionnaliser des tuteurs et de prévoir des actions de formation au cours de cette période (actions éligibles au titre de la [période de professionnalisation](#)²⁴).
- Aménager le parcours d'intégration par périodes de 6 mois en organisant la mobilité dans différentes unités et services ([aménager l'obligation de servir](#))
- Proposer ses parcours similaires d'intégration aux jeunes étudiants sortants des

²⁴ Références :

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 : Articles: 18 à 21

Arrêté du 3 septembre 2010 relatif à l'évaluation de la période de professionnalisation pour les agents de la fonction publique hospitalière

Etude sur les parcours qualifiants

GIP FIPAN / CM / GIP FIPAN Etude ANFH sur les parcours qualifiants Rapport final et préconisations apres COPIL.doc mis à jour le 12/04/2011

écoles et aux agents issus des études promotionnelles.

Les services en charge des ressources humaines dans les établissements (ou à défaut L'ANFH) doivent pouvoir examiner les situations particulières et conseiller les agents exposés à des événements familiaux ou à des contraintes financières (interventions du Comité de Gestion des Œuvres Sociales pour des aides ponctuelles au logement ou autres aides financières).

Mettre en œuvre une ingénierie financière des parcours

Le financement du parcours de formation est complexe. Dans la grande majorité des cas, plusieurs dispositifs de la Formation Tout au Long de la Vie devront être mobilisés entre la préparation de l'entrée en formation qualifiante (remise à niveau, préparation aux concours) jusqu'à la fin du parcours.

Une ingénierie financière des parcours suppose la professionnalisation des agents en charge de la formation ou l'existence d'une personne ressource dans l'établissement ou à l'ANFH (sur le modèle du FONGECIF).

Fidéliser les agents diplômés

- Mettre en œuvre les **entretiens de formation** (distincts des entretiens de notation ou d'évaluation) avec les cadres de santé pour recueillir besoins de formation et besoins d'évolution professionnelle des agents
- **Construire des parcours évolutifs** pour les personnels soignants (infirmiers en particulier) pour les fidéliser :
 - Mettre en place des activités collectives (conduite de projets, démarches d'analyses de pratiques professionnelles...) entre « pairs »
 - Organiser des parcours de spécialisation (IDE → IADE, IDE → IBODE, IDE → PUER) et des parcours ascendants (IDE → CADRE DE SANTE, IDE → CADRE FORMATEUR / TUTEUR)
 - Donner des perspectives d'évolution aux personnels, organiser les mobilités au delà de 5 ans d'ancienneté dans une même unité ou un même service, voire, au sein du territoire de santé.

Développer l'attractivité de fond

Si des établissements développent des politiques de rémunération « attractives » (rémunération, primes, aides au logement...), l'attractivité d'un établissement de santé (voire d'un service) dépend :

- De l'implication du personnel médical et des cadres de santé dans l'accueil et la

formation de stagiaires au cours de leur formation,

- Des projets de soins, plus ou moins innovants et participatifs,
- Du travail en équipe et des situations professionnelles construites ou aménagées pour faciliter l'apprentissage.

Ces conditions de travail (favorables ou non à l'apprentissage, au perfectionnement technique...) sont distinctives dans le choix d'un établissement employeur.

Au delà des aspects techniques et organisationnels, la prise en compte de contraintes de la sphère privée (familles monoparentales) et les actions positives pour concilier vie professionnelle et vie privée sont d'autres critères de différenciation (cofinancement de modes de garde, aménagement d'horaires...).

2. Mettre en place une coopération en réseau

Sur le principe du « partage » de certaines ressources humaines (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, qualitatifs...) en temps partagé sur plusieurs établissements, partage qui existe déjà, il est possible d'imaginer des modalités de gouvernance en réseau emploi formation (au sein des Groupements de coopération sanitaire ?, avec une gouvernance tournante ?).

Ce niveau d'échanges permettrait de prendre en compte les problématiques diverses des établissements d'un même territoire :

- ⇒ Problématiques d'emplois vacants, à partager
- ⇒ Besoins de formation partagés justifiant des actions inter établissements
- ⇒ Gestion des « reçus / collés »
- ⇒ VAE collective

Ce niveau présenterait un réel intérêt pour les EHPAD qui n'ont pas toujours la taille suffisante pour initier des projets RH et souffrent d'isolement. Il permettrait la mise en œuvre d'une mobilité effective des personnels au sein du territoire de santé et d'ouvrir ainsi les perspectives d'évolution des salariés, notamment des petits établissements.

3. La communication externe

Nous préconisons également le développement d'une communication externe en direction des écoles et centres de formation pour valoriser les filières de soins en déficit de candidats.

Les établissements devraient s'impliquer dans des initiatives gérées au niveau de la



région ou nationale (par l'ANFH, réseau des IFSI, ...) pour communiquer sur ces filières en participant à des colloques et manifestations scientifiques, en médiatisant les projets de soins et expérimentations portés par ces pôles et services.

B. Préconisations concernant L'ANFH

1. Mettre en place ou réactiver un groupe travail de DRH pour harmoniser les pratiques des établissements :

Nous recommandons la mise en place d'un groupe d'échanges entre DRH sur les parcours qualifiants pour examiner les points critiques, à savoir :

- La rémunération des agents en formation, notamment au regard des indemnités et primes qui leur sont allouées en activité,
- La gestion des heures de travail personnel prévues dans les référentiels de formation
- La gestion des congés pendant la période de formation
- L'organisation du tutorat
- Le remplacement des agents pendant la formation.

Ce groupe permettrait de comparer les pratiques des établissements à des fins d'harmonisation.

2. Prioriser les financements :

Comme le font la plupart des Organismes Paritaires Collecteurs Agréés dans d'autres secteurs, L'ANFH doit pouvoir **communiquer ses orientations, priorités annuelles et critères de financement décidés par ses instances paritaires.**

Au titre du fonds de mutualisation des études promotionnelles, il apparaît important, autant pour les établissements que pour les agents, de **définir et de communiquer des priorités et des règles spécifiques de financement.**

1) Des priorités :

- **les diplômes et certifications prioritaires** Une liste annuelle des diplômes permettrait de définir les besoins prioritaires avec un ordre de priorité : infirmiers diplômés d'état, kinésithérapeutes, psychomotriciens
- **les territoires de santé prioritaires** en fonction d'une analyse des besoins réalisée en partenariat avec l'Agence Régionale de Santé PACA.

2) Des règles de financement :

- projet professionnel validé par un dossier de candidature, voire un bilan de compétences

- diplôme non accessible par la voie de la validation des acquis de l'expérience
- ancienneté de l'agent au sein de la fonction publique hospitalière
- taux de fidélisation des agents dans l'établissement employeur

3) Des engagements :

- De l'établissement employeur à produire des indicateurs RH : **taux de fidélisation** des agents bénéficiaires d'études promotionnelles des 5 dernières années
- De l'agent bénéficiaire quant à l'engagement de servir dans un établissement de la FPH, donc à une mobilité à minima sur le territoire de santé (mobilité contrainte)

3. Apporter une aide méthodologique

Mettre en place un rétro planning par rapport aux formations

Par rapport aux dates d'entrée en formation, établir et communiquer aux établissements et agents le rétro planning à respecter avec étapes / dates butoir / acteurs concernés dans l'établissement / ANFH.

Ce rétro planning doit traiter toutes les étapes d'instruction des dossiers de financement des études promotionnelles du retrait de dossier de candidature à l'entrée en formation.

Construire un tableau de bord de suivi des études promotionnelles

Ce tableau de bord, à construire par établissement adhérent, doit présenter pour chaque spécialité, le nombre de parcours financés et permettre de suivre chaque année, la situation des agents bénéficiaires :

- agents toujours en fonction dans l'établissement
- agents en fonction ayant quitté l'établissement (démission, abandon de poste, mutation, détachement...)
- agents radiés (avec les motifs de radiation)
- mobilité interne (autre formation, promotion interne)

Sur les 5 dernières années

Ce tableau de bord pourrait également prévoir :

- Le taux cumulé de maintien des agents formés dans l'établissement,
- Le taux cumulé de maintien des agents formés dans la FPH,
- Le taux de « déperdition » des agents formés.

Ce tableau de bord permettrait de mesurer le **taux de fidélisation** (dans l'établissement, dans la FPH) des agents formés par le biais des études promotionnelles. Il pourrait être

construit et validé dans un établissement test (CHU) et être ensuite intégré au système d'information Gesform.

4. Créer un centre de ressources « formation »

Il pourrait mettre à disposition des salariés et des établissements :

- des informations sur les dispositifs de formations,
- les contenus des formations,
- les métiers et les emplois existants,
- les organismes de formation,
- les aides et possibilités de financement.

Ce service est attendu des agents, notamment ceux qui exercent dans des structures sans service ressources humaines.

5. Mutualiser

Se rapprocher des acteurs institutionnels tels le Conseil Régional pour :

- Rejoindre les dispositifs IRIS Santé et PRIDES afin de mutualiser des savoir-faire, expérimentations et expériences.
- Participer aux travaux sur la gestion financière et la politique tarifaire des instituts et organismes en charges des formations régionales du sanitaire et social

Se rapprocher d'OPCA positionnés dans le même secteur : UNIFAF et FORMAHP pour mutualiser des actions sur des priorités partagées (actions collectives, actions inter établissements).

6. Impulser

Impulser et accompagner la Validation des Acquis de l'Expérience

Si la VAE est connue et utilisée dans les établissements pour les agents des métiers techniques et des fonctions support, elle est perçue comme une voie d'accès « au rabais » par les personnels soignants.

Un **dispositif de soutien de branche, associant formation et validation des acquis de l'expérience**, renforcerait la professionnalisation collective des agents et légitimerait cette voie d'accès au diplôme (Cf initiatives d'UNIFAF).

Il permettrait d'offrir une alternative crédible au financement d'études promotionnelles

pour des diplômes et certifications accessibles par cette voie.

7. Valoriser

Valoriser les filières de soins (ANFH et réseau des IFSI)

Certaines filières de soins souffrent d'une carence d'attractivité. Il s'agit pour l'essentiel de la gérontologie et des longs séjours. Pourtant, ces filières sont appelées à se développer. Il devient donc urgent de valoriser les établissements et/ou les filières de soins en difficulté de recrutement et de mettre en œuvre des démarches proactives pour « capter » les stagiaires.

Ce travail de communication est à construire **en partenariat avec les IFAS / IFSI** du territoire de santé à travers différentes initiatives telles que :

- Journées portes ouvertes
- Organisation de colloques ou d'événements sur les pathologies et les soins dans ces unités et services en déficit d'images
- Echanges de pratiques professionnelles
- Journées de professionnalisation sur la dépendance

Valoriser les métiers du soin en gérontologie

Maladie en expansion et encore sans traitement, la maladie d'Alzheimer est un véritable enjeu de société, qui mobilise les professionnels de la santé, les représentants des malades et de leur famille dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-2010 dont l'objectif le plus ambitieux est de trouver un diagnostic et un traitement pour cette maladie d'ici 2012.

Ce 3ème Plan Alzheimer français est un plan global et intégré qui prend pour point de départ de sa réflexion la nécessité d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des malades et des aidants. Une des mesures de ce plan s'intitule : « **Développer des métiers et compétences spécifiques pour la maladie d'Alzheimer** »

Le plan a ainsi proposé la création d'une nouvelle fonction **d'assistant de soins en gérontologie**, accessible par la formation continue et ouverte aux aides soignants, aides médico-psychologiques et aux auxiliaires de vie sociale.

La fonction d'assistant de soins en gérontologie consiste en une assistance dans les actes de la vie quotidienne des personnes fragilisées par la maladie d'Alzheimer et de leur entourage.

Conformément à l'annexe 7 de la circulaire n°DGAS/DSS/DHOS/2009/195 du 6 juillet 2009, le déroulement pédagogique de la formation des Assistants de soins en gérontologie s'organise en 5 modules sur une durée de 140 heures.



Cette formation répond aux besoins des EHPAD / SSIAD et aux attentes de qualification des agents de ces établissements, la reconnaissance institutionnelle (nomenclature métiers, grade, rémunération...) de ce nouveau métier sera un enjeu pour le valoriser.

Le métier de psychomotricien est également appelé à se développer fortement en parallèle du vieillissement des populations accueillies dans les établissements. Le besoin est estimé par l'ARS PACA à 240 postes par an dans la région.

Il n'existe qu'une seule voie pour exercer ce métier paramédical : le diplôme d'État de psychomotricien. Il se prépare en 3 ans (après le bac) dans l'un des 6 instituts (payants) de formation qui recrutent sur concours ou après la première année commune aux études de santé. Les masseurs-kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les infirmiers, les orthophonistes, les éducateurs spécialisés diplômés, et les titulaires d'une licence de psychologie, peuvent se présenter directement à l'examen d'entrée en 2^e année. Ce diplôme est reconnu au niveau bac + 2²⁵.

²⁵ <http://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/psychomotricien-ne>

Etude sur les parcours qualifiants

GIP FIPAN / CM / GIP FIPAN Etude ANFH sur les parcours qualifiants Rapport final et préconisations après COPIL.doc mis à jour le

12/04/2011

C. Préconisations concernant les Organismes de Formation

1. Individualiser, personnaliser les parcours

Si les acquis professionnels sont pris en compte par le biais du concours « réservé », les organismes de formation ne pratiquent pas le positionnement pédagogique à l'entrée en formation. Cette disposition pédagogique présente l'avantage d'aménager le parcours (modules) et la durée de formation en fonction des acquis antérieurs.

Cette possibilité n'étant pas prévue dans les référentiels de formation des diplômes, les organismes de formation ne le pratiquent pas. Les ministères ayant tutelle sur ces diplômes devraient explorer cette piste qui a fait ses preuves dans d'autres institutions (positionnement réglementaire à l'éducation nationale).

2. Diversifier les outils de la formation

Les « bases de connaissances en ligne » et la formation à distance sont des modalités pédagogiques à développer pour :

- les préparations aux concours
- les conférences (enseignements universitaires)
- les travaux personnels prévus dans les référentiels de formation.

3. Professionnaliser les tuteurs

La réforme LMD et l'importance donnée à l'évaluation des compétences professionnelles en situation placent le tuteur en établissement au centre du dispositif d'évaluation / validation du professionnalisme.

Le tuteur n'est plus le cadre de santé dont le nom est mentionné sur la convention de stage mais celui qui doit prendre en charge l'accueil, l'intégration, l'aménagement des situations professionnelles, le guidage, l'évaluation, le « débriefing » des activités professionnelles confiées au stagiaire. Cette nouvelle fonction doit encore s'organiser dans les établissements et des expérimentations de « tuteurs dédiés » par pôle (sans autre charge de travail) sont en cours.

Le nouveau référentiel des études d'infirmier qui prévoit 2 100 heures en situation (120 semaines en stage) et le système de validation (par compétence, dans un portfolio de compétences) imposent de **professionnaliser des infirmiers tuteurs** et de « dédier » des agents (par pôle ou par territoire) à cette fonction essentielle pour la nouvelle



génération de personnels soignants.

4. Créer une banque des lieux de stage

Elle serait à construire avec le Conseil Régional et les IFSI afin de faciliter l'accueil et le suivi des stagiaires. Elle peut être conçue et réalisée de telle sorte qu'elle obligerait les établissements d'accueil à formaliser les objectifs, cadre de travail, responsabilités, fonctions, tuteurs...

Elle peut associer les étudiants et stagiaires dans l'évaluation de leurs terrains de stage, ce qui donnerait matière aux établissements pour développer l'attractivité « de fond ».



BIBLIOGRAPHIE

Adaoust Sylvain, Petrovitch Adeline, "Dynamique des métiers de la santé, de l'action sociale, culturelle et sportive : face à la croissance des besoins des enjeux diversifiés, Rapport, Etude, INSEE / ORM / Région PACA, 2010, juin

Barlet Muriel, Cavillon Marie, "La profession infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles", DREES, Série, Etudes et recherches, 2010, novembre

Bartoli Jean-Raphaël, "La sécurisation des parcours professionnels", Groupe AMNYOS, Dossier, Technique, 2006, mai

Belliard David, "L'Hôpital, malade de la T2A", Alternatives économiques, Numéro, 296, 2010, novembre

CEREO, "La certification en milieu hospitalier, un vecteur d'apprentissages, mais à quelles conditions ?", Bref, Numéro, 240, 2007, avril

Conseil National de la formation professionnelle tout au long de la vie, "La sécurisation des parcours professionnels par la formation", CNFTLV, contribution, 2008, février

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), "Guide des activités et des métiers du secteur social, médico-social et petite enfance", 2010, septembre

Dulac Tanguy, Delobe Nathalie, "Relations entre les modes de gestion du capital humain, la relation d'emploi et les attitudes et comportements au travail", La société flexible, Ed, Eres, 2005

EFIGIP, Métiers en tension du secteur sanitaire et social : Synthèse de l'analyse des résultats d'une enquête réalisée dans le cadre du réseau régional d'observation du champ sanitaire et social, Région Franche-Comté, Le point sur..., N° 51, 2009, novembre

ENSP, "Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière", Tomes 1 et 2, 2007

Gautié Jérôme, Gurgand Marc, "Retour sur la relation formation-emploi", Economie et statistiques, Numéro, 388-389, 2005

Groupe AMNYOS, "Evaluation de l'action relative aux aides individuelles à la formation d'infirmier et l'adéquation aux emplois offerts en Haute-Normandie", Groupe AMNYOS, Rapport, final, 2006, juin

Guillard Alexandre, Roussel Josse, "Le capital humain en gestion des ressources humaines : éclairages sur le succès d'un concept", Revue, Management et avenir, Ed Management Prospective, 2010

Noguera Florence, Lartigau Jérôme, "De la prospective à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences dans la fonction publique hospitalière : enjeux et perspectives", Revue, Management et avenir, Ed Management Prospective, 2009

Observatoire régional des Métiers, "Bulletin du sanitaire et social en PACA", ORM PACA, Numéro, 3, 2010, novembre

Etude sur les parcours qualifiants

GIP FIPAN / CM / GIP FIPAN Etude ANFH sur les parcours qualifiants Rapport final et préconisations après COPIL.doc mis à jour le 12/04/2011



Simonnet Véronique, "Le capital humain", Université, Paris, l,

Ternaux Patrick, "Mutations du travail et régulation des territoires", Espaces et sociétés, Ed, Eres, 2006

Yahiel Michel, Mounier Céline, "Quelles formations pour les cadres hospitaliers ?", Rapport, IGAS, 2010, novembre

ANNEXE 1

A/ Fiche signalétique établissement

Renseignée préalablement à l'entretien et transmise lors de la prise de rendez-vous. Vérification des données lors de l'entretien avec le responsable de l'établissement ou de l'école ou institut de formation.

B/ Les canevas d'entretien

Ensemble de supports ayant permis de réaliser et restituer les entretiens.

Protocole d'entretien

Présentation de l'étude.

Canevas en direction :

B1/ Du dirigeant en charge des ressources humaines (directeur d'établissement ou DRH)

B2/ De la direction d'école ou d'institut de formation

B3/ Des représentants des salariés siégeant au Comité Technique d'Etablissement

A/ Fiche signalétique établissement ou Ecole / Institut de formation :

Territoire de santé	
Nom de l'établissement et adresse	
Type d'établissement	CHU / CHR CH HL Médicosocial Social Ecole / Institut de formation
Nombre de sites rattachés et éloignement	
Situation géographique	
Origine géographique des patients / résidents	
Type de localisation	Urbain Rural Montagne
Si non urbain, distance de la première agglomération (disposant d'une gare)	
Nom de l'agglomération	
L'établissement est-il desservi par les transports en commun ?	
Activités principales Spécialités médicales ou sociales	
Activités spécifiques (urgences, soins ambulatoires, consultations externes spécialisées, hospitalisation sous contrainte, etc.)	
Capacité d'accueil nombre de résidents / lits	

Territoire de santé	
Nom de l'établissement et adresse	
Taux d'occupation moyen (jours)	
Type d'accueil internat, accueil de jour, mixte	
Effectifs ETP	Et répartition des ETP par catégorie : - titulaires de la FPH - contractuels - vacataires - intérimaires
Convention collective applicable	
Gouvernance (partenaires institutionnels associés au pilotage de l'établissement)	
Coopérations avec autres établissements (quels établissements ? types de coopération ?...)	

Documents demandés	Documents fournis	Commentaires
Projet d'établissement	Oui / Non	
Schéma directeur des soins		
Bilan social (+de 300) ou rapport annuel (- de 300) de 2009		
Tableau de bord indicateurs RH 2010 (entrées, sorties, absentéisme...)		
Plan de formation 2010		
PV des instances consultatives sur la formation (CTE, comité technique d'établissement...)		
Pour les IFSI : dernier bilan pédagogique et financier		
ANFH : relevé collecte / dépenses engagées par l'établissement en 2009		



B/ Les canevas d'entretien

Protocole d'entretien

ETUDE SUR LES PARCOURS QUALIFIANTS REGION PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

L'ANFH, l'organisme paritaire qui mutualise les fonds pour la formation dans le secteur sanitaire, social et médico-social public, réalise une étude sur les parcours qualifiants en région PACA auprès d'un échantillon d'établissements « pilotes », dont le vôtre.

L'objectif de cette étude est double :

- 1/ Comment augmenter le nombre de candidats qualifiés sur les emplois en tension ?
- 2/ Comment optimiser les financements des parcours qualifiants ?

L'échantillon concerné par cette étude est limité à 11 établissements sur 5 territoires de santé. Ce sont des hôpitaux, EHPAD et IME, certains sont dotés d'un Institut de Formation.

Dans chaque établissement, des entretiens ou réunion d'échanges sont à organiser sur une journée :

- ✓ Avec le dirigeant en charge des ressources humaines (directeur d'établissement ou DRH)
- ✓ Avec les représentants des salariés siégeant au Comité Technique d'Etablissement (1 représentant des personnels soignants, 1 représentant des personnels non soignants)
- ✓ Avec la Direction de l'Institut de Formation.

Les consultants en charge de cette étude ont un engagement de confidentialité. Ils seront destinataires de documents en lien avec le champ de l'étude (emploi et formation). Chaque entretien et réunion fera l'objet d'un compte-rendu ; cette synthèse sera relue et validée par les personnes rencontrées. Les établissements pilotes seront destinataires de l'étude et des préconisations au printemps 2011.



B1/ Canevas d'entretien Direction d'établissement / DRH

Date de l'entretien :

Personnes rencontrées :

Nom, prénom et responsabilité au sein de l'établissement

I. SERVICES ET METIERS EN TENSION, PRATIQUES DE RECRUTEMENT

1) Quels sont les **services concernés par des difficultés en gestion de personnels** ?

- ⇒ Quels services ?
- ⇒ Dans quelles spécialités ?
- ⇒ Quelles sont ces difficultés (charge de travail importante, pénurie de compétences, vieillissement, rotation des personnels, absentéisme...)?

2) Quels sont les **métiers en tension** ²⁶ ?

- ⇒ De matière générale, dans votre secteur professionnel ?
- ⇒ Sur votre territoire de santé ?
- ⇒ Dans votre établissement ?

(Collecter les fiches de poste des métiers en tension)

3) Comment et par qui est établi **l'état prévisionnel de vos besoins en personnel** ?

- ⇒ A quelle fréquence ?
- ⇒ Qui participe à ce travail ?
- ⇒ Quels sont les critères pris en considération? (critères d'activité, gestion des âges, réglementation...)

4) Comment faites-vous les **appels à candidatures** (à l'interne, à l'externe) ?

5) Les autres établissements et écoles du territoire de santé sont-ils informés de vos besoins ?
Si oui, comment ?

²⁶ Les métiers en tension sont les métiers connaissant des pénuries avérées ou à venir :

- métiers qui posent des difficultés de recrutement
- pénurie de personnels qualifiés et certifiés pour pourvoir aux besoins de l'établissement
- métiers pour lesquels la part des personnels âgés de 50 ans et plus est supérieure à 50 %

Etude sur les parcours qualifiants

GIP FIPAN / CM / GIP FIPAN Etude ANFH sur les parcours qualifiants Rapport final et préconisations apres COFIL.doc mis à jour le 12/04/2011

6) Quels sont les recrutements effectués en 2010 ?

a. Etat des entrées 2010

Familles	Métiers	Cochez métiers en tension	Nombre d'entrées	Origine	
				Recrutements internes	Recrutements externes
Soins	Aides-soignants				
	Auxiliaires de puériculture				
	Cadre de santé				
	Cadre sage-femme				
	Ergothérapeute				
	IDE				
	Infirmiers anesthésistes				
	Infirmiers de bloc opératoire				
	Laborantin d'analyses médicales				
	Manipulateurs ERM				
	Masseurs-kinésithérapeutes				
	Orthophoniste				
	Orthoptiste				
	Pédicure, podologue				
	Préparateur en pharmacie hospitalière				
	Psychomotricien				
	Puéricultrices				
	Sage-femme				
Socio-éducatif	Aide médico-psychologique				
	Animateurs				
	Assistants de service social				
	Cadre, responsable d'unité socio-éducative				
	Conseiller en économie sociale et familiale				
	Directeur d'établissement social				
	Educateur jeunes enfants				
	Educateur spécialisé				
	Educateur technique spécialisé				
	Moniteur éducateur				
	Technicien en économie sociale et familiale				
Recherche clinique					
Ingénierie et maintenance techniques					

Etude sur les parcours qualifiants

GIP FIPAN / CM / GIP FIPAN Etude ANFH sur les parcours qualifiants Rapport final et préconisations apres COPIL.doc mis à jour le 12/04/2011

Familles	Métiers	Cochez métiers en tension	Nombre d'entrées	Origine	
				Recrutements internes	Recrutements externes
Services logistiques					
Qualité, hygiène, sécurité, environnement					
Systemes d'information					
Gestion de l'information					
Management, gestion					
Total					

- b. D'où viennent les candidats (zones de recrutement géographique, vivier des écoles et organismes de formation partenaires, établissements partenaires...)?
- c. Parmi ces recrutements, certains auraient-ils pu être effectués par le jeu :
- de la promotion interne à l'établissement ?
 - de la promotion interne sur un ensemble d'établissements (territoire) ?
- d. Quels sont les freins à la promotion interne ?
- ⇒ pour l'établissement,
 - ⇒ pour les salariés
- e. Ces recrutements internes ont-ils posé des difficultés ? Si oui, lesquelles ?

II PILOTAGE DE LA FORMATION

- 1) Comment se répartit (en bénéficiaires et ressources affectées) votre investissement formation (2010)²⁷ ?

	Nombre de bénéficiaires			Budget de formation		
	Titulaires	Non titulaires	Total	Sur ressources propres	Sur fonds mutualisés (ANFH)	Autres financeurs (précisez)
Actions de préparation à l'emploi						
Adaptation au poste						
Adaptation aux évolutions						

²⁷ (en référence au 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)

Etude sur les parcours qualifiants

GIP FIPAN / CM / GIP FIPAN Etude ANFH sur les parcours qualifiants Rapport final et préconisations apres COFIL.doc mis à jour le 12/04/2011

Développement connaissances et compétences						
Actions de promotion interne						
Etudes promotionnelles						
Actions de conversion						
DIF						
Période de professionnalisation						
Actions de préparation des examens et concours						
Bilans de compétence, VAE						
Formation personnelle des agents						
Total						

- 2) Quels dispositifs utilisez-vous plus particulièrement pour financer les parcours qualifiants sur les métiers en tension ? (métiers cités en I.2)
- 3) Quels sont les financements externes sollicités pour cofinancer les parcours qualifiants (Pôle emploi, collectivités, OPCA, individus...) ?
- 4) Ces financements sont-ils parfois simultanés (ex. : DIF + plan de formation) ou consécutifs (ex : période de professionnalisation + plan de formation) ?
 - a. Si oui, donnez des exemples de multi financement :
 - b. Si non, pourquoi ?

III. EMPLOI DES PERSONNES QUALIFIEES

- 1) Comment mesurez-vous le **retour sur investissement sur les parcours qualifiants** ?
 - Nombre de personnes employées dans votre établissement / nombre de personnes qualifiées par promotion
 - Nombre de personnes employées par les autres établissements du territoire / nombre de personnes qualifiées par promotion
 - Autres indicateurs (précisez)



2) Des **personnes qualifiées restent-elles restées sans affectation** à l'issue de leur parcours ?
Pour quelles raisons ?

- Internes à l'établissement (appréciation des stages effectués, acteurs-clés dans le recrutement, freins culturels...)
- Caractéristiques des personnes (statut antérieur, trajectoire professionnelle...)
- Choix des individus (choix de vie, manque de mobilité...)
- Autres points d'achoppement (rachat de contrats...)

3) Quelles **actions concrètes permettraient d'améliorer la mobilité** (inter établissements) des personnes qualifiées ?

B2/ Canevas d'entretien Direction d'école ou d'institut de Formation

Date de l'entretien :

Personnes rencontrées :

Nom, prénom et responsabilité au sein de l'établissement

Missions au sein de l'école ou institut de formation

Autres missions dans l'établissement

I. ACTIVITES, OFFRE DE FORMATION

1) Quelles sont vos **spécialités et offre de formation** ?

Au titre de...	Formation Initiale	Apprentissage	Formation continue	Validation des acquis de l'expérience
Spécialités / cursus				
Préparation concours d'entrée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formation qualifiante DEAP – Auxiliaire de puériculture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formation qualifiante DEAS – Aide-soignant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formation qualifiante DEI - Infirmier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formation qualifiante DEIA – Infirmier anesthésiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formation qualifiante DEIBO – Infirmier de bloc opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formation qualifiante DCS – Cadre de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etude sur les parcours qualifiants

GIP FIPAN / CM / GIP FIPAN Etude ANFH sur les parcours qualifiants Rapport final et préconisations apres COFIL.doc mis à jour le 12/04/2011



2) Comment et par qui est définie l'offre de formation de votre établissement ?

- a. Pas de remise en cause importante d'une année à l'autre
- b. En fonction des besoins prévisionnels des établissements (comment est-ce évalué ?)
- c. En fonction de données transmises par :
 - ⇒ L'établissement de rattachement
 - ⇒ Pôle emploi (Etudes BMO)
 - ⇒ L'ORM (Besoins du territoire)
 - ⇒ La Région
 - ⇒ L'ANFH
 - ⇒ Autre : précisez

3) Votre école reconnaît-elle les diplômes et certifications validés avant l'entrée en formation ?

- ⇒ Dans le secteur santé ?
- ⇒ Dans le social ?
- ⇒ Quels sont les diplômes et certifications permettant des équivalences et dispenses d'épreuves ? Pour quelles formations ?

4) Quelles sont les durées des formations ?

Spécialités / cursus	Heures de formation théorique	Heures de stage pratique	Total	Nb semaines	Nb de promotions / année
Préparation concours d'entrée					
Formation qualifiante DEAP – Auxiliaire de puériculture					
Formation qualifiante DEAS – Aide-soignant					
Formation qualifiante DEI - Infirmier					
Formation qualifiante DEIA –					

Etude sur les parcours qualifiants

GIP FIPAN / CM / GIP FIPAN Etude ANFH sur les parcours qualifiants Rapport final et préconisations apres COPIL.doc mis à jour le 12/04/2011

Spécialités / cursus	Heures de formation théorique	Heures de stage pratique	Total	Nb semaines	Nb de promotions / année
Infirmier anesthésiste					
Formation qualifiante DEIBO – Infirmier de bloc opératoire					
Formation qualifiante DCS – Cadre de santé					

5) Comment sont **organisés les enseignements** ?

Les formations sont-elles organisées en modules ? Si oui, est-ce :

- ⇒ Pour intégrer des publics divers (en termes de besoins) ?
- ⇒ Pour des raisons pédagogiques (enseignements communs sur certaines formations), Quelles formations ? Quels « tronc communs » ?

6) Pratiquez-vous des **tests de positionnement à l'entrée en formation** ? Si oui, est-ce :

- ⇒ Pour tester le niveau de connaissances générales et la motivation au recrutement des stagiaires ?
- ⇒ Pour constituer des groupes de niveau ?
- ⇒ Pour différencier, personnaliser les parcours des stagiaires ?

7) Quels sont les **rythmes pédagogiques** ? (Temps plein, Alternance, Cours du soir...)

8) Quels sont les critères pris en compte pour définir les rythmes pédagogiques ? (réglementation, contraintes des stagiaires, du centre, des formateurs, des employeurs)

Demander planning annuel et emplois du temps des formations

9) Quels **dispositifs de formation continue** sont utilisés au sein de votre école ?

	Quels publics ?	Quelles formations ?
Actions de préparation à l'emploi		
Adaptation au poste		
Adaptation aux évolutions		
Développement connaissances et compétences		
Actions de promotion interne		
Etudes promotionnelles		
Actions de conversion		
DIF		
Période de professionnalisation		
Actions de préparation des examens et concours		
Validation des Acquis de l'Expérience		
Formation personnelle		

10) Ces dispositifs sont-ils combinés entre eux ? Pour quels publics ? Pour quelles formations ?

II. PUBLICS FORMES ET RESULTATS EN QUALIFICATION

1) Quels sont **les types de publics** accueillis au sein de votre école ? (la source pourra être le dernier bilan pédagogique et financier de l'école)

- ⇒ Statuts des stagiaires ?
- ⇒ Pré requis d'accès en niveau de formation et diplôme ?
- ⇒ Pré requis d'accès en expérience ?
- ⇒ Autres conditions d'accès : âge, état de santé, ressources financières... ?

Etude sur les parcours qualifiants

GIP FIPAN / CM / GIP FIPAN Etude ANFH sur les parcours qualifiants Rapport final et préconisations apres COFIL.doc mis à jour le 12/04/2011



2) Quelle est l'origine géographique du public accueilli (en %) ?

- ⇒ Moins de 50 km
- ⇒ Entre 50 et 100 km
- ⇒ Plus de 100 km

3) L'établissement dispose-t-il d'un internat ou d'une convention de partenariat pour permettre l'hébergement des stagiaires ?

4) Comment se répartit **vos effectif de stagiaires** dans vos formations ?

Spécialités / cursus	Effectif 2010	Etudiants en formation initiale	Demandeurs d'emploi	Stagiaires PRF	Salariés (agents établissements) en emploi	Salariés (agents établissement) en congé de formation	Individuels payants
Préparation concours d'entrée							
Formation qualifiante DEAP – Auxiliaire de puériculture							
Formation qualifiante DEAS – Aide-soignant							
Formation qualifiante DEI - Infirmier							
Formation qualifiante DEIA – Infirmier anesthésiste							
Formation qualifiante DEIBO – Infirmier de bloc opératoire							
Formation qualifiante DCS – Cadre de santé							

Etude sur les parcours qualifiants

GIP FIPAN / CM / GIP FIPAN Etude ANFH sur les parcours qualifiants Rapport final et préconisations apres COPIL.doc mis à jour le 12/04/2011



- 5) Quels sont vos **taux de réussite dans l'obtention des diplômes d'état** (% des stagiaires reçus / % effectif inscrit par cursus) ?

III. ENTREES, SORTIES, EMPLOI DES PERSONNES FORMEES

- 1) Vos candidats ont-ils des difficultés d'accès à vos formations ? Si oui, quels publics et quelles sont les difficultés qu'ils rencontrent ?
- 2) Constatez-vous des interruptions de parcours (exemples : abandons, changements d'employeur, interruptions de financement...) ? Quelles sont les interruptions typiques ?
- 3) Les étudiants (stagiaires) sont-ils accompagnés par le centre de formation dans la recherche d'un poste correspondant à leur qualification ?
 - a. Si oui, comment ?
 - ⇒ bourse, offres d'emplois et sources d'information mobilisables ?
 - ⇒ conseils, formation aux techniques de recherche d'emploi ?
 - ⇒ cooptation, réseau des anciens stagiaires ?
 - ⇒ autres :
 - Si non, pourquoi ?
- 4) Avez-vous des statistiques sur le taux d'emploi à la sortie de vos formations qualifiantes ?
 - ⇒ suivi des taux de placement à 3 mois, à 6 mois ?
 - ⇒ taux de stagiaires employés par promotion ?
- 5) Quels sont les facteurs déterminants pour l'obtention d'un poste, d'une affectation après le diplôme ?
 - ⇒ Attractivité de l'établissement employeur (localisation, offre de santé, spécialités, plateaux techniques) ?
 - ⇒ Connaissance du stagiaire par les cadres de santé (stage pratique) ?
 - ⇒ Statut, trajectoire antérieure du stagiaire ?
 - ⇒ Conditions d'emploi (rémunération, horaires, avantages...) ?
 - ⇒ Autres (précisez)

- 6) Quels sont les points de blocage pour l'obtention d'un poste (correspondant à la qualification nouvellement acquise), d'une affectation après le diplôme ?

	Dans votre établissement de tutelle	Dans les autres établissements du territoire
Choix personnels des individus		
Statut, trajectoire antérieure du stagiaire		
Manque de mobilité des stagiaires		
Autres (précisez)		

IV. SOURCES DE FINANCEMENT

- 1) Quels sont les coûts des différentes formations et leurs composants (de l'inscription... au diplôme) par stagiaire ?
- ⇒ Coûts d'inscription à l'école
 - ⇒ Coûts d'inscription aux examens et concours
 - ⇒ Droits annuels de scolarité
 - ⇒ Coûts d'hébergement
 - ⇒ Frais de déplacement
 - ⇒ Dépenses pédagogiques à la charge du stagiaire
 - ⇒ Rémunération
 - ⇒ Autres (précisez)
- 2) Parmi ces coûts, quels sont ceux qui peuvent donner lieu à prise en charge totale ou partielle ? Par qui ? A l'initiative de qui ?
- 3) Etes-vous amenés à conseiller les candidats dans la prise en charge financière de leur parcours ? Si oui, quels types de conseils ? Quelle assistance administrative ?

Etude sur les parcours qualifiants

GIP FIPAN / CM / GIP FIPAN Etude ANFH sur les parcours qualifiants Rapport final et préconisations apres COFIL.doc mis à jour le 12/04/2011

4) Quelle est la répartition des recettes de l'école ou de l'institut par catégorie de financeurs (à partir du dernier bilan pédagogique et financier et en K€ et en %)

	Lesquels ?	K€	%
Etat			
Pôle Emploi			
Conseil Régional			
Fonds Européens			
OPCA (fonds mutualisés), lesquels ?			
OPACIF, lesquels ?			
Etablissements de santé employeurs publics			
Etablissements de santé employeurs privés			
Individuels payants			
Total			100 %

5) Quelles sont, selon vous, les initiatives et actions concrètes qui permettraient :

- ⇒ D'améliorer les parcours des stagiaires ?
- ⇒ De faciliter l'accès aux emplois correspondant à la qualification obtenue dans votre école ?
- ⇒ D'optimiser le financement des parcours qualifiants (selon les statuts) ?



B3/ Canevas d'entretien représentants au Comité Technique d'Etablissement

Date de l'entretien :

Personnes rencontrées :

Nom, prénom et responsabilité au sein de l'établissement

Collège représenté

Appartenance syndicale

Missions au sein du Comité Technique d'Etablissement

I. METIERS EN TENSION ET REGLES D'ACCES AUX EMPLOIS

- 7) Quels sont les **services concernés par des difficultés en gestion de personnels** ?
- ⇒ Quels services ?
 - ⇒ Dans quelles spécialités ?
 - ⇒ Quelles sont ces difficultés (charge de travail importante, pénurie de compétences, vieillissement, rotation des personnels, absentéisme...)?
- 8) Etes-vous destinataire d'un **état prévisionnel des besoins en emplois** ?
- ⇒ A quelle fréquence ?
 - ⇒ Qui établit ces prévisions ?
 - ⇒ Quels sont les critères pris en compte (critères d'activité, gestion des âges, réglementation...)?
- 9) Quels sont les **métiers en tension**²⁸ dans votre établissement ?
- 10) Quels sont les **usages pour pourvoir les métiers en tension** :
- ⇒ par le recrutement externe ?
 - ⇒ par le recrutement interne à l'établissement ?
 - ⇒ par la voie de la promotion interne ?

²⁸ Les métiers en tension sont les métiers connaissant des pénuries avérées ou à venir :

- métiers qui posent des difficultés de recrutement
- pénurie de personnels qualifiés et certifiés pour pourvoir aux besoins de l'établissement
- métiers pour lesquels la part des personnels âgés de 50 ans et plus est supérieure à 50 %

Etude sur les parcours qualifiants

GIP FIPAN / CM / GIP FIPAN Etude ANFH sur les parcours qualifiants Rapport final et préconisations apres COPIL.doc mis à jour le 12/04/2011



11) Quelles sont les **règles régissant l'accès aux emplois** vacants ?

- ⇒ Selon le statut des personnes candidates ?
- ⇒ Selon la qualification obtenue ?
- ⇒ Selon le profil professionnel antérieur ?

12) Existe-t-il une procédure officielle et/ou normée ? Si oui, demander la procédure

13) Qui sont les **acteurs-clés** :

- ⇒ Du processus de recrutement ?
- ⇒ De la formation qualifiante des agents ?
- ⇒ De l'affectation des personnes qualifiées ?

14) Quels sont les **points de blocage ou d'achoppement** pour pourvoir les métiers en tension ?

15) Quelles **actions**, quels **moyens** permettraient d'améliorer la situation ?

- ⇒ Au niveau du territoire de santé ?
- ⇒ Au niveau de l'établissement ?
- ⇒ Au niveau des écoles préparant à ces métiers ?

II. POLITIQUE GENERALE DE FORMATION

1) Etes-vous informé des **orientations** en matière de formation ?

2) Que pouvez-vous dire des **objectifs et moyens** pour :

- ⇒ Préparer les candidats aux emplois en tension
- ⇒ Perfectionner, professionnaliser le personnel
- ⇒ Accompagner la promotion interne

Etude sur les parcours qualifiants

GIP FIPAN / CM / GIP FIPAN Etude ANFH sur les parcours qualifiants Rapport final et préconisations apres COFIL.doc mis à jour le 12/04/2011



⇒ Accompagner la mobilité

- 3) Quels sont, selon vous, les **financeurs de la formation au sein de votre établissement** (formation initiale, formation continue) ? et leur niveau de participation (% budget annuel) ?
- 4) Quels **dispositifs** sont utilisés ou combinés pour les parcours qualifiants ?
- Actions de préparation à l'emploi, pour quels publics ?
 - Adaptation au poste, pour quels publics ?
 - Adaptation aux évolutions, pour quels publics ?
 - Développement connaissances et compétences, pour quels publics ?
 - Actions de promotion interne, pour quels publics ?
 - Etudes promotionnelles, pour quels publics ?
 - Actions de conversion, pour quels publics ?
 - DIF, pour quels publics ?
 - Période de professionnalisation, pour quels publics ?
 - Actions de préparation des examens et concours, pour quels publics ?
 - Bilans de compétence, VAE, pour quels publics ?
 - Formation personnelle des agents, pour quels publics ?
- 5) Quels sont, selon vous, les **principaux financeurs** de ces parcours qualifiants, **les possibilités de prise en charge** pour les candidats ?

III. ENTREES ET SORTIES DES PARCOURS QUALIFIANTS

- 1) Quelles sont les **difficultés rencontrées par les candidats pour accéder** à une formation qualifiante ?
- ⇒ Administratives ?
 - ⇒ Statutaires ?
 - ⇒ Financières ?
 - ⇒ Techniques ou pédagogiques ?

Etude sur les parcours qualifiants

GIP FIPAN / CM / GIP FIPAN Etude ANFH sur les parcours qualifiants Rapport final et préconisations apres COFIL.doc mis à jour le 12/04/2011



- 2) Connaissez-vous **les statuts et effectifs bénéficiaires de parcours qualifiants** au sein de votre établissement ?
- 3) Connaissez-vous des cas de **renoncement, d'abandon avant / pendant la formation qualifiante** ? Si oui, Comment les expliquez-vous ?
- 4) Un changement d'établissement employeur est-il fréquent ? Comment se passe le transfert de l'agent ? la prise en charge de son parcours ? l'obligation de servir ?
- 5) Connaissez-vous **la situation des personnes à l'issue de la formation qualifiante** ?
 - ⇒ % affectés dans l'établissement au poste occupé antérieurement
 - ⇒ % affectés dans l'établissement au poste correspondant à la qualification obtenue
 - ⇒ % affectés dans d'autres établissements du territoire
 - ⇒ % sans emploi
- 6) Pour cette première catégorie (personnes ayant réintégré leur poste antérieur) et cette dernière catégorie (**personnes diplômées sans affectation**), quelles sont les difficultés identifiées ?
 - ⇒ Au niveau du territoire de santé
 - ⇒ Dans votre établissement
 - ⇒ Au niveau des bénéficiaires
 - ⇒ Autre type de difficultés (précisez)
- 7) Quelles **actions** permettraient, selon vous, **d'optimiser les parcours qualifiants** :
 - ⇒ Pour les individus (décliner propositions selon les statuts)
 - ⇒ Pour les établissements employeurs
 - ⇒ Dans leur déroulement (accès, formation, résultats en matière d'emploi)
 - ⇒ Dans leur financement