

La formation continue dans la fonction publique hospitalière

Rapport

Pr Olivier LABOUX

François MAURY

Cédric PUYDEBOIS

Membres de l'inspection générale des affaires
sociales



INSPECTION GÉNÉRALE
DES AFFAIRES SOCIALES

N°2021-047R

Stéphane ELSHOUD

Membre de l'inspection générale de l'éducation,
du sport et de la recherche

IGÉSR

INSPECTION GÉNÉRALE
DE L'ÉDUCATION, DU SPORT
ET DE LA RECHERCHE

N°2021-218

SYNTHÈSE

[1] La formation professionnelle continue dans la fonction publique hospitalière (FPH), concerne près d'1,1 million d'agents publics. Construite en concertation avec les partenaires sociaux, celle-ci vise une multitude d'objectifs, dont neuf sont recensés par le décret du 21 août 2008, parmi lesquels : l'accès à une première qualification ; la garantie, le maintien et le perfectionnement des connaissances et compétences afin d'assurer l'adaptation immédiate des agents à leur poste de travail ou l'adaptation à l'évolution prévisible des emplois ; l'acquisition de nouvelles connaissances et compétences ; la promotion professionnelle ; la préparation à des examens, concours et procédures de promotion interne ; la reconversion vers de nouvelles qualifications ou activités.

• 1- L'état des lieux de la formation continue dans la FPH, face aux enjeux actuels

[2] Le système de formation continue est construit autour d'obligations juridiques de financement des établissements qui se situent à un niveau élevé. Ces obligations, dont le montant total, est de 2,9 % de la masse salariale hors développement professionnel continu des professions médicales (DPC), sont très supérieures à la fois à celles des établissements de l'hospitalisation privée à but lucratif (1,68 %) ou du secteur sanitaire, social, et médico-social privé à but non lucratif (1,9 %). Un organisme paritaire agréé par l'État a pour mission d'assurer la collecte, la mutualisation et la gestion des cotisations versées par les établissements concernés : il s'agit de l'Agence nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH). Même si la contribution relative au plan de formation peut ne pas être mutualisée au sein de l'ANFH, 97 % des établissements choisissent l'adhésion à l'ANFH pour la gestion du plan, ce qui couvre 91 % des personnels de la formation publique hospitalière.

[3] Au total, le périmètre des ressources disponibles pour les agents de la FPH s'agissant des établissements adhérents à l'ANFH s'élève à plus de 860 M€ en 2020. Ces ressources, sont dynamiques car adossées à une masse salariale qui progresse : la collecte de l'ANFH devrait en particulier augmenter de près de 7 % en 2021 par rapport à 2020, compte tenu des revalorisations décidées dans le cadre des accords du Ségur de la santé et de certains effets liés à la crise sanitaire (recrutements et/ou heures supplémentaires effectués dans les établissements publics de santé).

[4] En 2019 - dernière année complète, avant les bouleversements de l'épidémie de COVID 19 - les dépenses effectives de formation, soit les charges constatées dans l'année ont été estimées par la mission à 874 M€ d'euros, soit une dépense de 735 € par agent public. Au-delà des frais pédagogiques, ces montants incluent des dépenses de traitement (liées aux rémunérations des agents effectivement remplacés) et des frais annexes (dépenses de transport, hébergement...). De fait, plus de la moitié des charges annuelles de formation des agents sont constituées par des frais de rémunération (53% en 2019 selon l'estimation de la mission). Aussi, les dépenses actives de formation, c'est-à-dire celles consolidant les seuls frais pédagogiques et les frais annexes directement liés (mobilité, restauration) sont de l'ordre de 400 M€ par an.

[5] Ces chiffres s'expliquent par l'existence et le volume des formations qualifiantes dans le cadre des études promotionnelles (EP), spécificité de la FPH : 48 % des charges annuelles de formation continue des établissements adhérents à l'ANFH et de l'AP-HP, soit 407 M€, en 2019¹.

¹ Les choix réalisés pendant la crise sanitaire liée au Covid ont même porté ce chiffre à 56 % en 2020 par réaffectation de fonds.

[6] Dans ce contexte financier favorable, l'accès à la formation pour les agents est élevé et près de 55 % des agents bénéficient d'une formation chaque année, ce qui signifie que plus d'un agent sur deux a été stagiaire de formation dans l'année. Il est supérieur à celui constaté dans les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux privés couverts par l'OPCO santé où le taux d'accès à la formation est estimé à environ 35 % en 2020. De surcroît, les soignants bénéficient prioritairement des formations : ils concentrent 74% des frais des plans de formations alors que la filière des services de soins, rassemble deux tiers des personnels de la FPH. Phénomène rare en matière de formation continue, la part importante d'agents de catégorie C partant en formation, atteint 40% chaque année. D'un point de vue financier, les agents de catégorie C restent les principaux bénéficiaires des actions de formation, dans des proportions proches de leur poids dans l'ensemble de la fonction publique hospitalière.

[7] Ces résultats positifs sont à mettre au crédit d'une gestion déconcentrée et paritaire. Pour autant, certaines caractéristiques de l'organisation du système de formation des établissements de la FPH constituent des contraintes ou des freins à l'efficacité d'ensemble. Ainsi, le rôle prépondérant des établissements est un facteur facilitant pour s'assurer de l'adéquation de la réponse de formation aux besoins. Mais il ne garantit pas d'anticiper les besoins face aux évolutions stratégiques du système de soins ou de répondre à ceux-ci dans le moyen terme, faute d'arrimage solide de la formation continue à la GPEC. Les limites posées à la mutualisation des fonds, en particulier nationale (37 % des ressources de l'ANFH sont réellement mutualisées) ne permettent pas d'optimiser la gestion collective. La construction relativement cloisonnée entre métiers du système de formation va à l'encontre des dynamiques portées par le plan « Ma santé 2022 ». Des pratiques de soins et des parcours de santé réussis nécessitent une dimension collaborative entre professions, entre structures, entre types d'établissements. Enfin, le moindre développement des outils d'initiative personnelle lancés depuis 2014, tels que le conseil en évolution professionnelle (CEP) ou le compte personnel de formation (CPF), se comprend par le primat des besoins collectifs locaux. Il suscite cependant des incompréhensions de la part d'agents, face à des mécanismes valorisés dans le secteur sanitaire et social privé.

[8] Les moyens et les caractéristiques de la formation professionnelle continue dans la FPH doivent être mis en perspective du levier que celle-ci peut représenter pour contribuer au bon fonctionnement des établissements relevant de la FPH et à la politique de santé nationale.

[9] Le système de soins est soumis à de fortes évolutions organisationnelles, démographiques, technologiques mais aussi sociétales : le cloisonnement des activités ; l'organisation sur le territoire ; l'accroissement des maladies chroniques ; le vieillissement de la population ; la prise en compte du patient-acteur ; le développement du numérique en santé et la démultiplication des données. Ces évolutions ont été identifiées dans la stratégie nationale de santé formalisée en 2018 (« Ma santé 2022 ») et complétées par des plans sectoriels. Elles s'ajoutent à des phénomènes de transitions plus larges (expansion des biotechnologies, de la robotisation, développement durable...) et exigent d'imaginer de nouveaux métiers et de s'y préparer dès à présent, évolutions auxquelles la formation continue doit prendre sa part.

[10] L'État ne dispose pas des informations et des données, complètes, cohérentes et adaptées lui permettant d'élaborer une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences des agents de la FPH au niveau national. Il lui est donc difficile de construire une analyse objectivée et prospective des situations au-delà de l'identification de difficultés repérées. Le vieillissement supposé de certaines catégories de personnel, comme les aides-soignants, la persistance de l'exercice de faisant fonction, notamment en EHPAD, l'exercice inégal du management dans les unités et services, l'évolution des postes non pourvus ne sont donc pas suffisamment caractérisés et formalisés.

[11] En complément des orientations stratégiques du système de soins, la formation continue doit aussi prendre en compte les enjeux propres à ses ressources humaines, en premier lieu le besoin de recrutement de nouveaux professionnels. La formation qualifiante permet à certains agents, d'acquérir les compétences et les diplômes pour de nouveaux métiers, par promotion sociale, à travers le dispositif des études promotionnelles. Pour autant la contribution de ce dispositif à la résorption des tensions sur l'emploi est faible : entre 2016 et 2019, le nombre de professionnels infirmiers affectés à l'hôpital public ont progressé de 6,9 %, alors que sur la même période le nombre des études promotionnelles pour accéder au diplôme d'IDE a baissé de 11,15 %. De même, la situation, ancienne mais insatisfaisante, des « faisant fonction », qui remplissent des missions d'un poste de catégorie supérieure à celui de leur grade et de leur qualification, peut trouver certaines issues via des parcours de formation, sous réserve de la résorption de problématiques budgétaires prégnantes (l'augmentation du forfait soins et dépendance dans les EHPAD pour couvrir les frais des aides-soignants). La recherche d'une meilleure qualité de la vie au travail, à travers des démarches promues depuis des années dans les établissements constitue aussi un enjeu mobilisateur. Même si l'âge moyen dans la fonction publique hospitalière est de 41,5 ans, moyenne la moins élevée des trois fonctions publiques, les établissements sont aussi confrontés à l'usure professionnelle des agents, notamment pour les filières administratives, ouvrières et techniques dont l'âge moyen des agents est plus élevé (45 ans et 44,6 ans).

[12] Face aux enjeux du système de santé et à ses problématiques RH, l'identification d'une stratégie de formation et l'implication des établissements et des personnels ne constituent pas un enjeu de second rang. Or, aujourd'hui cette stratégie n'est pas manifeste : elle se déduit d'une instruction ministérielle annuelle relative aux orientations retenues en matière de développement des compétences des personnels des établissements de la FPH. Son caractère détaillé empêche de dégager des axes forts et sa publication intervient de manière décalée par rapport au rythme d'élaboration des plans de formation des établissements. La mise en œuvre de ces « orientations nationales » est subordonnée aux choix des établissements sans qu'un compte rendu national, structuré sur cette base, ne soit consolidé dans les systèmes d'information de l'ANFH. La traduction de ces orientations en actions de formation nationales (AFN) n'est pas assez massive pour peser sur le fonctionnement des établissements : en moyenne, de 2016 à 2019, les AFN se sont concrétisées par 240 sessions touchant de l'ordre de 2418 stagiaires ; les 1157 stagiaires sur des AFN en 2019 sont à mettre en regard avec les 962 000 départs en formation recensés dans le cadre du plan de formation des établissements.

- **2- L'analyse des outils**

[13] L'analyse plus détaillée des outils de la formation continue dans la FPH conduit à dégager les éléments suivants.

- Le plan de formation, un outil majeur, mais peu évalué, dont l'usage varie selon les établissements

[14] Compte tenu du volume de départs en formation et des montants financiers concernés, le noyau central du dispositif de formation professionnelle continue des agents de la FPH est constitué du plan de formation de l'établissement.

[15] Le montant des dépenses annuelles baisse sensiblement depuis 2017 (de 2.5 % en 2019 par rapport à 2018 et de 0.7 % en 2018 par rapport à 2017), sans qu'une cause claire se dégage : les efforts de rationalisation financière des établissements et les difficultés d'organisation interne qui freinent ou reportent les départs en formation sont évoqués. L'impact de la crise du COVID ne permet pas de vérifier si cette tendance, surprenante au vu des enjeux de montée en compétences, est durable.

[16] Chaque établissement définit librement les modalités de construction de son plan de formation, et si la gestion est confiée à l'ANFH, sur 83 % des fonds, la liberté de l'établissement est complète, sous réserve de respect des règles d'éligibilité par l'ANFH. L'influence des organisations syndicales dans l'élaboration du plan de formation est variable et dépendante de la dynamique de relations sociales de l'établissement. Aucun référentiel de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements sanitaires et médico-sociaux (ANAP) n'existe pour formaliser les pratiques et les procédures. Mais l'outillage SI progresse grâce aux apports attendus de l'ANFH.

[17] Compte tenu de la fiabilité relative des données renseignées par les établissements et en dépit de l'existence d'un SI dominant (celui de l'ANFH), peu d'analyses sont effectuées sur le contenu des plans de formation. En 2020, les extractions demandées par la mission ont permis de mesurer le poids des formations RH et management, catégorie au contenu mal cerné, mais qui regrouperait 16 % des heures financées et 34 % des stagiaires et dans une moindre mesure des formations sur les soins techniques et cliniques (11 % des stagiaires) ou sur les soins relationnels (11 % des stagiaires).

- Les études promotionnelles (EP), un dispositif favorable aux agents, coûteux et au fonctionnement perfectible

En moyenne, entre 2016 et 2020, près de 17 500 agents publics ont suivi chaque année une formation longue dans le cadre des études promotionnelles, dont plus de 6 400 infirmiers et 3 400 aide-soignant. Ce dispositif unique, fortement soutenu par les organisations syndicales et la fédération hospitalière de France présente l'avantage de combiner promotion sociale et réponse à des besoins des établissements ; il constitue un facteur d'attractivité non négligeable pour de jeunes professionnels, dans un contexte de lourdes difficultés de recrutements.

Toutefois, la dépense est très élevée (jusqu'à 56 % des charges de formation complètes, y compris liés à des engagements futurs en 2020) pour un nombre réduit de bénéficiaires (3 % des stagiaires). Trois quarts des dépenses correspondent au remboursement aux établissements employeurs des rémunérations forfaitisées des agents par l'ANFH. Les critères financiers de prise en charge répondent à des orientations variables selon les délégations régionales et les procédures de sélection en amont sont largement déterminées par les choix des établissements.

Ainsi, la liberté laissée aux structures régionales induit des inégalités d'accès aux études promotionnelles avec des écarts qui peuvent atteindre 40 % des sommes consacrées en moyenne par agent selon les politiques retenues et les dynamiques engagées. Par ailleurs, des agents publics réussissent la sélection sur dossier pour obtenir des qualifications sur des métiers qui recrutent (infirmier DE, Infirmiers-anesthésistes diplômés d'État [IADE], Infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État [IBODE], manipulateur électroradiologie), mais s'étant présentés hors sélection des dossiers par l'établissement pour prise en charge par l'ANFH, ne peuvent suivre leur formation dans le cadre des EP.

- Le congé de formation professionnelle, un outil à l'initiative des agents, pas seulement utilisé à des fins de reconversion

Le congé de formation professionnelle permet le financement de plus de 3 000 dossiers par an pour des objectifs volontairement souples car peu définis (« parfaire (...) la formation personnelle »² des agents). Les agents concernés sont à plus de 60 % des agents de catégorie C et des soignants. Même si l'objectif valorisé par la plupart des membres des comités territoriaux de l'ANFH rencontrés tend à être celui de favoriser des reconversions, éventuellement hors de la FPH, une ambiguïté réside sur la finalité en termes d'emploi du CFP et sa capacité ou non à permettre de financer des projets hors

² Cf. article 30 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.

fonction publique. Une partie des crédits est en outre utilisée à bon ou mauvais escient comme solution palliative aux rejets de certains dossiers d'EP. Faute d'accompagnement en amont sur la faisabilité du projet, sauf exception, le taux d'annulation est significatif (8,6 %). Une première évaluation nationale des devenir des agents aidés et donc de l'impact du CFP sur leur parcours doit être conduite dans les prochains mois.

- Validation des acquis de l'expérience (VAE), développement professionnel continu (DPC), des dispositifs en difficulté

[18] Pour des raisons culturelles (préférence pour le diplôme traditionnel), faute de soutien en ingénierie et compte tenu de la complexité intrinsèque à la reconnaissance formelle d'acquis professionnel) la VAE demeure un outil marginal, avec entre 600 et 800 dossiers financés par année.

[19] Le DPC des professions non médicales (PNM) de la FPH ne s'est jamais vraiment déployé et est même en déclin. À titre d'exemple, on observe pour les aides-soignants, un métier qui n'existe pas en mode libéral, seulement 147 comptes personnels DPC ouverts début 2021. Le DPC, dans sa forme actuelle, est de fait peu adapté au monde hospitalier en ce sens que la démarche s'y veut le plus souvent, non pas individuelle, telle qu'elle fut conçue initialement pour les professions libérales, mais collective et interdisciplinaire. De plus, les établissements ne sont pas incités à colliger sur Gesform (outils de l'ANFH) les actions qui relèveraient du DPC alors que les évaluations de la pratique professionnelle et la gestion des risques sont fréquentes au sein des services/pôles. Ceci conduit à ce qu'aucune information n'existe sur le nombre de démarches validées pour les PNM dans la FPH.

• 3- Les propositions et orientations de la mission

[20] Dans le contexte du Ségur de la santé et sans remettre en cause le schéma d'ensemble de financement de la formation continue dans la FPH et de sa gestion paritaire, la mission a émis diverses propositions pour faciliter l'efficacité du système de formation.

- **Pour mieux identifier une stratégie nationale de formation et la suivre**, la mission estime que l'État, sur la base de ses prérogatives législatives, a vocation à fixer des enjeux de moyen terme, qui dépassent les intérêts de chaque établissement pris isolément et visent à accompagner l'évolution des compétences des agents publics en fonction des perspectives données au système de santé.

Comme en dispose l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, si « la Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun » (...), la politique de santé relève de la responsabilité de l'État ». Cette politique de santé, comprend outre « la prévention individuelle et collective », « l'organisation des parcours de santé », « la promotion des activités de formation, de recherche et d'innovation dans le domaine de la santé³ » et « l'adéquation entre la formation initiale et continue des professionnels de santé et l'exercice de leurs responsabilités »⁴.

C'est dans ce contexte qu'un plan d'actions sur la formation peut se construire en lien avec les partenaires sociaux. À partir d'un nombre d'orientations nationales réduit, des actions additionnelles peuvent être impulsées, en mettant au premier plan les délégations régionales de l'ANFH, dans un pilotage qui associe les Agences régionales de santé (ARS). La mission suggère trois orientations nationales, transversales, sur des sujets avec un potentiel transformateur, susceptibles de générer des actions complémentaires ou devant être identifiées dans les actions déjà conduites : la recherche de la qualité managériale ; l'adaptation

³ 9° de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique

⁴ 10° de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique

des établissements et des prises en charge au vieillissement des patients ; le développement de numérique en santé.

Elle préconise le développement de deux modalités de formation pertinentes et sous exploitées aujourd'hui : les formations interdisciplinaires et pluri professionnelles, intégrant par exemple la participation de médecins et de non-médecins, et les formations en situation de travail, très adaptées à des organisations très collectives, ainsi qu'à la maîtrise de gestes pratiques des agents de catégories C.

Dans la durée, un tel investissement accru de l'État sur le champ de la formation professionnelle continuerait nécessiterait un effort de stabilisation et de suivi des données disponibles, qu'un « observatoire des ressources humaines, des métiers et de la formation dans la FPH » permettrait de constituer. Elle nécessiterait des moyens identifiés *a minima* dans le cadre d'une convention d'objectifs et de performance liant l'État à l'ANFH. A défaut, il pourrait être envisagé un accord entre l'État et les partenaires sociaux gestionnaires de l'ANFH, pour l'usage des fonds mutualisés nationalement à partir du plan de formation des établissements, ce qui nécessite une évolution des textes réglementaires. Le financement d'actions additionnelles de formation au niveau national, leur volume et leur ciblage seraient convenus entre l'État, responsable de la politique de santé et les représentants des établissements et de leurs agents.

- **Pour renforcer l'attractivité des métiers de la FPH**, enjeu majeur, la mission considère que l'accès à la formation des agents doit s'entendre dans une perspective plus large, celle d'un accompagnement renforcé des agents tout au long de leur carrière.

En complément des entretiens annuels de formation et des dispositifs que les agents peuvent directement solliciter (CFP, bilan de compétences...), il pourrait être créé un *parcours individuel de développement des compétences*. Formalisé par un document numérique à partir d'un système d'information (SI), ce parcours pourrait formaliser la trajectoire de formation/promotion de chaque agent de la FPH, être débattu, amendé et complété lors des entretiens annuels. L'employeur pourrait s'engager sur ce parcours.

Tous les six ans, dans le cadre de l'entretien annuel de formation, une obligation de bilan sur le *parcours individuel de développement des compétences*, de l'agent, pourrait établir un récapitulatif des actions entreprises par l'établissement et actualiser les projets éventuels des agents.

Afin de développer l'offre de services aux agents, un SI centré sur le *parcours individuel de développement des compétences* pourrait être développé dans une gouvernance associant l'État et les partenaires sociaux. L'accès à une information rapide, détaillée, personnalisée en fonction des besoins de chaque agent permettrait de compléter les conseils et avis des services RH ou de l'encadrement de proximité des établissements. Au-delà du bénéfice pour chaque agent, *l'observatoire des ressources humaines, des métiers et des formations* constituerait la base de données évolutives qui manquent aux décideurs en lien avec les politiques de formation.

Chaque agent de la FPH gagne aussi à pouvoir disposer à sa demande d'un conseil en évolution professionnelle effectif, notamment pour élaborer des projets de formation et en étudier la faisabilité (EP, CFP...). À cette fin, un pôle national « CEP », organisant et réalisant un appui en ligne ou par téléconsultation aux agents pourrait être développé par l'ANFH. Cette fonction de CEP pourrait être associée à la gestion du fonds « 0,2 % CFP » et son financement pris dans les frais de gestion de ce fonds, dont le plafond pourrait être relevé par l'État pour intégrer des recrutements supplémentaires.

- **Pour développer les formations qualifiantes, via le recours aux études promotionnelles,** la mission propose divers ajustements. Elle considère qu'en dépit des moyens consentis, avoir l'opportunité de poursuivre son activité professionnelle dans la FPH, avec une nouvelle fonction grâce à un nouveau diplôme et une promotion de grade, constitue une reconnaissance très appréciable. Les règles de gestion des EP peuvent conduire à un contingentement des dossiers admissibles, par établissement en fonction de la taille et du nombre d'agents de ces derniers.

Face aux tensions majeures sur les recrutements, il importe de remédier à la situation des agents non sélectionnés par leurs établissements, en lien avec l'ANFH, mais acceptés à l'entrée d'instituts de formation. À cette fin, elle propose que pour des formations jugées prioritaires sur des métiers en tension, éventuellement définis par région, une gestion mutualisée, externe à l'établissement d'origine, permette à l'agent de suivre sa formation en étant rémunéré. Une des options, à expérimenter, serait que l'agent de l'établissement reçu soit en mis en position de détachement auprès d'un groupement de coopération sanitaire (GCS), par exemple à l'échelle d'un GHT, qui assurerait le financement de la formation et de la rémunération de l'agent. En conséquence, l'agent ne pèserait pas sur la masse salariale de l'établissement. Cette position de détachement est d'ores et déjà prévue dans la FPH par la réglementation. Le GCS employeur de l'agent détaché recevrait l'intégralité de la rémunération statutaire de l'agent et devrait préparer l'accès à un poste adapté à l'issue de la formation, si besoin avec l'appui d'une bourse à l'emploi telle que projetée par l'ANFH.

Le financement de cette mesure serait assuré en 2022 par une réaffectation d'excédents à venir, sous réserve de non-application de certaines mesures dérogatoires envisagées. Les montants en question doivent être identifiés en lien avec les partenaires sociaux au vu des autres engagements possibles d'un plan d'action national sur la formation. La pérennisation budgétaire du système pourrait s'appuyer sur la sanctuarisation d'une partie de l'augmentation significative des produits de cotisations du plan, liée à la progression de la masse salariale. 1 400 stagiaires supplémentaires pourraient être formés avec 34 M€ additionnels (26 M€ sur le plan + 8 M€ sur le fonds de mutualisation des études promotionnelles). Un tel montant pourrait être dégagé par la ventilation de 0,1 % des cotisations des établissements pour le Plan au profit du FMEP. L'augmentation de la masse salariale, assiette des cotisations, depuis 2020 permet cet abondement sans diminuer le montant des dépenses du plan constatées en 2019.

Le départ en EP, pourtant compensé financièrement, par le versement des frais équivalents au traitement de l'agent par l'ANFH constitue budgétairement une augmentation du titre 1 relatif aux charges de personnel du budget d'un établissement de santé, ce qui peut poser difficulté pour les établissements inscrits dans un contrat de retour à l'équilibre financier. Afin de corriger ce travers, la mission propose de modifier la nomenclature comptable pour intégrer explicitement les forfaits de remboursement de frais de traitement versés par l'ANFH pour les départs en études promotionnelles, en atténuation de charges de personnel.

Par ailleurs, la durée des formations qualifiantes en EP pourrait être adaptée aux connaissances des agents publics sélectionnés et à la validation de leurs acquis professionnels. En particulier, une évolution réglementaire permettrait de raccourcir la durée des EP des aides-soignants en formation pour devenir infirmier. L'idée est d'organiser une année préparatoire avant la deuxième année de formation correspondant à 20 % de leur temps de travail, leur permettant d'acquérir des blocs de compétences identifiés de la formation du diplôme d'État (IDE), tout en restant en service dans leur établissement. Une réduction du coût de ce type d'EP de 25 % est possible et permettrait d'engager plus d'agents en formation.

- Enfin, afin de dynamiser certains dispositifs, la mission suggère de développer l'accompagnement à la VAE, les VAE collectives et hybrides, par une offre d'appui et d'ingénierie de parcours de l'ANFH. Plus largement, il serait souhaitable d'inscrire un diplôme tel que le diplôme d'État d'assistant de service social (DEAS) dans les expérimentations en cours lancées par le ministère du Travail, pour tester une démarche simplifiée, anticipée, accompagnée en ligne de reconnaissance des acquis.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
Pour mieux identifier une stratégie nationale de formation et en assurer le suivi				
8	Substituer aux actions de formation nationales la mise en œuvre d'un cadre national d'orientations, concrétisé par des actions de formations construites par les délégations régionales de l'ANFH, avec l'appui des ARS. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements pourront intégrer l'incitation à suivre ces formations	1	MSS (DGOS/ARS)	2022
6	A la faveur des orientations nationales, promouvoir les formations interdisciplinaires et pluriprofessionnelles et encourager les actions de formations en situation de travail	2	DGOS/ ANFH/ établissements	2022
7	Doter l'État de nouveaux leviers d'actions conformes à ses responsabilités en matière de contribution de la formation à la politique nationale de santé : - soit en créant une convention d'objectifs et de performance entre l'État et l'ANFH, pour suivre la stratégie d'action et les moyens engagés - soit en instaurant règlementairement l'obligation d'un accord entre l'État et les partenaires sociaux pour l'usage de tout ou partie des fonds nationaux mutualisés à partir du plan de formation	1	MSS/ANFH	2022
1	Mettre en place un « observatoire des ressources humaines, des métiers et de la formation dans la FPH » pour stabiliser les données disponibles et constituer un référentiel national d'aide à la décision	1	DGOS	2022-23
Pour une FPH attractive qui accompagne plus encore ses agents, par la formation professionnelle tout au long de la vie				
2	Instaurer un <i>parcours individuel de développement des compétences</i> , document numérique à partir d'un système d'information, qui formalise la trajectoire de formation/promotion de chaque agent de la FPH et vaut engagement pour l'employeur	1	DGOS/ établissements	2023
3	Créer tous les six ans, dans le cadre de l'entretien annuel de formation, un bilan sur le <i>parcours individuel de développement des compétences</i> de l'agent, qui récapitule notamment les actions entreprises et actualise ses projets éventuels	2	DGOS/ établissements	2023
4	Créer un système d'information national pour accompagner le <i>parcours individuel de développement des compétences</i> des agents publics de la FPH	1	DGOS/ANFH	2023

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
5	Développer une offre de service de conseil en évolution professionnelle, par association des compétences existantes au sein de l'ANFH	1	DGOS/ ANFH	2023
Des actions ciblées pour amplifier l'usage des outils de formation continue, innover, diversifier et évaluer				
9	Garantir, pour les métiers en tension, la prise en charge des études promotionnelles pour les agents reçus à l'entrée aux formations qualifiantes, mais non financés par leur établissement. Utiliser, à cette fin, la marge de l'augmentation de la masse salariale depuis 2020 pour ventiler 0,1 % des cotisations des établissements au Plan vers le FMEP	1	DGOS/ARS	2022
13	Permettre l'entrée en 2 ^{ème} année d'IFSI des aides-soignants expérimentés, grâce à la validation de leurs acquis professionnels et par un parcours adapté de préparation	1	DGOS/ DGESIP	2022
10	Neutraliser budgétairement pour les établissements la prise en compte des agents en études promotionnelles, notamment par une révision du mécanisme comptable d'atténuation de charges et de l'appréciation par les ARS des effectifs	2	DGOS	2022
11	Inclure le diplôme d'État d'aide-soignant dans le projet expérimental de nouvelle VAE appelé « reconnaissance de l'expérience-validation des acquis de cette expérience » (REVA), afin de valider une démarche d'accompagnement des agents anticipée, simplifiée et renforcée	2	Ministère du Travail/ Ministère des Solidarités et de la santé	2022
12	Exploiter la diversité de l'outil VAE (hybride, collective, inversée, FEST)	1	ANFH/ Etablissements	2021
14	Formaliser la démarche qualité relative à la formation continue dans le référentiel de certification des établissements de santé (HAS) et dans le rapport social unique	2	MESRI/MSS	2023

SOMMAIRE

SYNTHÈSE	3
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	11
RAPPORT	15
1 L'ÉTAT DES LIEUX GENERAL	16
1.1 LA FORMATION CONTINUE DOIT REpondre A DES ENJEUX STRATEGIQUES, GLOBALEMENT CONNUS MAIS PEU FORMALISES DANS SES PRIORITES.....	16
1.1.1 <i>Les grandes évolutions du système de soins, qui requièrent une évolution des compétences</i>	16
1.1.2 <i>Des enjeux RH structurels ou conjoncturels mal renseignés</i>	18
1.2 DES MONTANTS DEDIES A LA FORMATION ELEVEE, UN TAUX D'ACCES A LA FORMATION SATISFAISANT	22
1.2.1 <i>Près de 900 millions d'euros de dépenses annuelles pour 1,1 million d'agents de la fonction publique hospitalière</i>	22
1.2.2 <i>Un accès à la formation conséquent qui bénéficie en priorité aux soignants</i>	26
1.3 DES PROBLEMATIQUES PARTICULIERES : MANAGEMENT HOSPITALIER ET FAISANT FONCTION	28
1.4 UNE ORGANISATION DU SYSTEME DE FORMATION, PARITAIRE, QUI CONSACRE LE PRIMAT DES POLITIQUES D'ETABLISSEMENTS ..	32
1.4.1 <i>Le primat des établissements</i>	32
1.4.2 <i>Une mutualisation limitée et qui s'exerce essentiellement au niveau régional</i>	33
1.4.3 <i>Un système de formation construit de manière cloisonnée</i>	36
1.4.4 <i>Le caractère marginal des formations d'initiative individuelle et de leur accompagnement</i>	36
2 L'ANALYSE DES OUTILS MIS EN ŒUVRE.....	38
2.1 UN DISPOSITIF PRISE ET RELATIVEMENT CONSENSUEL : LES ETUDES PROMOTIONNELLES.....	38
2.1.1 <i>Un dispositif unique aux multiples intérêts : promotion sociale interne ; effet sur l'attractivité ; réponse aux besoins de recrutements</i>	38
2.1.2 <i>Une part des dépenses de formation élevée pour un nombre de bénéficiaires limité</i>	39
2.1.3 <i>Un fonctionnement perfectible, des inégalités régionales</i>	40
2.2 DISPOSITIF CENTRAL, LE PLAN DE FORMATION RELEVE DE CHOIX D'ETABLISSEMENTS, DEBATTUS AVEC LES ORGANISATIONS SYNDICALES ET PEU RATTACHES A UNE DEMARCHE DE GPEC.....	42
2.2.1 <i>Des dépenses élevées, quoiqu'en légère baisse ; une mutualisation limitée mais bénéficiant aux petits établissements</i>	42
2.2.2 <i>La construction du plan de formation est souvent déconcentrée, peu reliée à des démarches structurées de GPEC, mais associant largement les représentants syndicaux</i>	43
2.2.3 <i>La conception du plan, faute de lien avec une GPEC structurée, ne vise pas prioritairement la réduction des écarts entre besoins en compétences et moyens disponibles</i>	45
2.3 DES DISPOSITIFS A MOINDRE ATTRACTIVITE	48
2.3.1 <i>La Validation des Acquis de l'Expérience (VAE): grande valeur et petit volume</i>	48
2.3.2 <i>Le DPC des personnels non médicaux, un enjeu peu intégré dans les plans de formation, une mise en œuvre peu suivie</i>	50
2.3.3 <i>Des actions de formation nationales à l'impact marginal</i>	52
2.4 LA DEMARCHE QUALITE SE DEPLOIE PROGRESSIVEMENT, L'EVALUATION DE L'IMPACT RESTE LACUNAIRE.....	54
2.4.1 <i>La démarche qualité nationale se limite à la certification des organismes de formation et n'est pas obligatoire pour la fonction publique hospitalière</i>	54
3 LES PROPOSITIONS ET PISTES DE PROGRES	55
3.1 RENFORCER L'OBSERVATION DES RH, DES METIERS ET DE LA FORMATION.....	55
3.2 ENGAGER UN ACCOMPAGNEMENT DES AGENTS DE LA FPH TOUT AU LONG DE LA CARRIERE	56
3.2.1 <i>Pour un accompagnement assurant l'évaluation des compétences de l'agent, ses besoins en formation, ses objectifs éventuels de promotion</i>	56
3.2.2 <i>Vers un « engagement d'accompagnement » se traduisant par une plateforme d'informations et de services à l'attention et au bénéfice des agents</i>	57
3.3 CONSTRUIRE UN PLAN NATIONAL SUR LA FORMATION CONTINUE DES AGENTS EN LIEN AVEC LES ETABLISSEMENTS	59

3.3.1	<i>Le concept de plan national d'actions sur la formation ne va pas de soi et les partenaires sociaux et représentants professionnels rencontrés ont émis des points de vigilance.</i>	60
3.3.2	<i>Un plan d'orientations nationales de formation, dont la mise en œuvre est déconcentrée et suivie nationalement avec l'État est à privilégier</i>	61
3.3.3	<i>La mission préconise de définir des orientations nationales pour le développement des compétences des établissements de la fonction publique hospitalière.</i>	62
3.3.4	<i>A moyen terme, le degré d'intervention de l'État en matière de formation des agents de la fonction publique hospitalière est questionné.</i>	66
3.4	RENFORCER L'EFFICACITE DES ETUDES PROMOTIONNELLES	68
3.4.1	<i>Permettre à un plus grand nombre d'agents d'accéder aux études promotionnelles sur des métiers en tension</i>	68
3.4.2	<i>Limiter l'impact de l'augmentation des charges de personnel créée pour favoriser les départs en études promotionnelles.</i>	71
3.4.3	<i>Donner un cadre clair à la rémunération des personnels en cours d'études promotionnelles</i>	72
3.5	DONNER D'AVANTAGE D'AMPLEUR A LA VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPERIENCE	74
3.5.1	<i>Développer l'accompagnement à la VAE.</i>	74
3.5.2	<i>Amplifier l'expérimentation de la Validation des acquis professionnels dans la FPH (VAP)</i>	76
3.6	APPROFONDIR LA DEMARCHE QUALITE ET L'EVALUATION EN FORMATION CONTINUE	77
	CONCLUSION	79
	LETTRE DE MISSION	81
	LISTE DES ANNEXES	83
ANNEXE 1 :	METHODE	85
ANNEXE 2 :	RESSOURCES HUMAINES ET FINANCEMENTS	91
ANNEXE 3 :	FAISANT FONCTION	95
ANNEXE 4 :	LE CONGE DE FORMATION PROFESSIONNELLE	99
ANNEXE 5 :	ETUDES PROMOTIONNELLES	111
ANNEXE 6 :	GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE (GHT)	117
ANNEXE 7 :	VALIDATION DES ACQUIS DE L'EXPERIENCE	119
ANNEXE 8 :	DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU (PERSONNELS NON MEDICAUX)	121
ANNEXE 9 :	ACTION DE FORMATION NATIONALES	127
ANNEXE 10 :	AVIS DES PARTENAIRES SOCIAUX SUR LE PLAN D' ACTIONS DE FORMATION	129
ANNEXE 11 :	ELEMENTS SUR LE GROUPE DE TRAVAIL DGOS « RENFORCER ET RECONNAITRE LE MANAGEMENT HOSPITALIER »	131
ANNEXE 12 :	LA FORMATION EN SITUATION DE TRAVAIL	133
ANNEXE 13 :	DEMARCHE QUALITE	137
	PIECES JOINTES	141
	PIECE JOINTE 1	143
	PIECE JOINTE 2	149
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	153
	SIGLES UTILISES	161

RAPPORT

Introduction

[21] Par lettre de mission du 29 mars 2020, le ministre des solidarités et de la santé et la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation ont saisi l'IGAS et l'IGESR d'une mission d'évaluation sur la formation continue dans la fonction publique hospitalière. Celle-ci comprend près de 1,1 million d'agents⁵ mais exclut les personnels médicaux soumis à un statut *sui generis* dans le code de la santé publique, ainsi que les salariés de droit privé (agents employés par des contrats aidés, apprentis). La FPH représente 21 % des effectifs de la fonction publique soit à peu près autant que l'éducation nationale.

[22] Cette mission fait suite à l'accord relatif à la fonction publique hospitalière du 13 juillet 2020 dit du « Ségur » signé par le Premier ministre, le ministre des Solidarités et de la Santé, la fédération des services publics et des services de santé de Force ouvrière, la fédération des services de santé et des services sociaux de la CFDT, l'UNSA santé sociaux et la fédération hospitalière de France. Cet accord évoque⁶ l'objectif de renforcement et de sécurisation des compétences des agents de la fonction publique hospitalière, y compris dans une logique d'attractivité des métiers, et le lancement de missions d'états des lieux et de propositions d'ici la fin 2021.

[23] Le périmètre de ses travaux a été précisé lors du cadrage réalisé avec les cabinets courant juin, afin de tenir compte de travaux antérieurs ou d'initiatives parallèles : le développement de l'apprentissage dans la FPH et l'universitarisation des formations (cf. pièce jointe 1), sujets qui relèvent de la formation initiale, ne sont pas étudiés. De même que le développement professionnel continu (DPC)⁷ n'est vu que dans ses interactions avec la formation continue, car il constitue un sujet en soi, à examiner y compris pour l'exercice privé ou libéral dans le cadre des obligations à venir de certification périodique des professionnels. Aussi, la mission est centrée sur un état des lieux quantitatif de la formation continue, des moyens mobilisés et son analyse critique ; la recherche de l'identification des besoins stratégiques de formation continue, en lien avec les priorités de santé publique ; une analyse des outils ou dispositifs de formation et de leur pertinence en réponse notamment à ces besoins, en identifiant les freins organisationnels et financiers aux départs en formation et les améliorations possibles (cf. annexe 1).

[24] Tenant compte de l'esprit et de la lettre des accords du Ségur de la santé, la mission n'a pas visé à revoir le schéma financier global des contributions et cotisations dues par les établissements, ni à rapprocher les règles de la formation pour la FPH de celles du secteur sanitaire et social privé, ou à contester le mode de gestion paritaire des fonds de formation continue. Cependant, elle s'est interrogée sur l'influence de l'État, responsable de la politique de santé et l'articulation avec l'ANFH et les établissements, ainsi que sur des questions d'équité posées par certains dispositifs. A l'issue de ses travaux, la mission formule des propositions qui visent à répondre à la fois aux besoins en compétences et au renforcement de l'attractivité de la FPH.

⁵ 1 178 622 agents, en termes d'effectifs physiques recensés au 31 décembre 2018. Source : rapport annuel sur l'état de la fonction publique, Siasp, Insee, traitement DGAFP. Ces effectifs de la FPH ont par ailleurs augmenté de 8,6 % entre 2008 et 2018.

⁶ Accord relatif à la fonction publique hospitalière, 13 juillet 2020, pages 4 et 5, axe « la promotion professionnelle tout au long de la vie, facteur d'attractivité ».

⁷ Obligation pesant sur les professionnels de santé mise en place en juillet 2009 et réformée en profondeur par la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016.

1 L'état des lieux général

1.1 La formation continue doit répondre à des enjeux stratégiques, globalement connus mais peu formalisés dans ses priorités

1.1.1 Les grandes évolutions du système de soins, qui requièrent une évolution des compétences

[25] Le système de soins est aujourd'hui soumis à des évolutions organisationnelles, démographiques, technologiques mais aussi sociétales : le cloisonnement des activités, l'organisation sur le territoire, l'accroissement des maladies chroniques, le vieillissement de la population, la prise en compte du patient-acteur, le développement du numérique en santé et la démultiplication des données, qui ont été identifiées dans la stratégie nationale de santé formalisée en 2018 (« Ma santé 2022 »⁸)⁹. Tout ceci ébranle le système et impose, de fait, une adaptation des métiers existants, l'anticipation de nouveaux métiers et, partant, le développement de nouvelles compétences. L'investissement dans la formation continue des agents de la fonction publique hospitalière s'impose d'autant plus.

[26] **Le système de soins est cloisonné.** Longtemps considéré comme offrant les meilleurs soins de santé généraux, le système de soins français est aujourd'hui face à de nombreux défis. Historiquement et culturellement très centré sur l'hôpital et les soins curatifs aigus, le système de santé fonctionne en silos, alors qu'une plus grande coopération des acteurs est indispensable.

[27] Il persiste un certain manque de porosité entre le secteur hospitalier, le secteur médico-social et le secteur de ville. En revanche, au sein de chacun de ces trois secteurs, moult changements ont été observés : dans le secteur hospitalier, les principales tendances sont la diminution des durées de séjour, le développement des prises en charge ambulatoires, en chirurgie comme en médecine, l'accroissement de la technicité des séjours, la concentration sur de grands plateaux techniques médico-chirurgicaux, la complexité accrue de la prise en charge des malades dans les services, le développement des innovations.

[28] Pour faire réellement système, c'est-à-dire avoir une véritable interaction entre les secteurs, la stratégie « Ma santé 2022 » met l'accent sur le décroisonnement, en plaçant le patient au cœur du système, vers un nouvel équilibre entre médecine hospitalière et médecine de ville, vers une meilleure fluidité entre l'amont et l'aval, vers un meilleur dialogue entre les métiers de la santé. Cet objectif est d'autant plus atteignable que les formations initiales et continues se déroulent en commun et dans un même lieu (facultés de santé).

Le système de soins recherche la meilleure organisation sur le territoire.

[29] Après la mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), le concept de "gradation des soins" est formalisé par une structuration de l'offre, avec d'une part, les principaux centres hospitaliers et les CHU, d'autre part, 500 à 600 hôpitaux dits de proximité, à l'issue de la campagne de labellisation 2021-2023, et enfin, la création de 1 000 communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), réparties sur l'ensemble du pays et consacrées aux soins dits

⁸ [Ma santé 2022 : un engagement collectif - Ministère des Solidarités et de la Santé \(solidarites-sante.gouv.fr\)](https://solidarites-sante.gouv.fr)

⁹ La mission n'a pas ici traité des enjeux spécifiques concernant les établissements sociaux relevant de la fonction publique hospitalière. Le poids des établissements sociaux et médico-sociaux de prise en charge du handicap, de l'enfance et de la famille est relatif : 4 % des effectifs couverts au titre des établissements adhérents au plan à l'ANFH.

"primaires". Cette nouvelle organisation suppose des collaborations entre professionnels au sein de ces CPTS, avec notamment des délégations d'actes et des suivis coordonnés des patients chroniques. Elle implique également des coopérations entre médecins libéraux et hospitaliers, notamment un travail sur les échanges d'informations et la coordination du parcours patient.

[30] **Les maladies chroniques sont en hausse ; les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses.** La prévalence des maladies chroniques est en hausse constante. Si l'on ne considère que les seules admissions en "ALD liste", entre 2011 et 2017, elles ont augmenté à un rythme annuel moyen de + 5,1 % contre + 4,1 % sur la période 2006-2011. En 2020, 10,7 millions de personnes (régime général seul) sont prises en charges en ALD (contre 10,4 en 2016), soit 17 % de la population couverte. La récurrence des maladies chroniques invite notamment à développer l'éducation thérapeutique du patient pour l'aider à prendre soin de lui-même dans la durée, et « à travailler la relation soignant-soigné avec l'objectif d'amener les soignants et soignantes à déplacer leur regard de la maladie vers la personne malade »¹⁰.

[31] La prévalence des maladies chroniques est profondément liée au vieillissement de la population et la durée de vie des patients malades chroniques s'accroît pour une majorité de pathologies. L'Insee projette un allongement continu de l'espérance de vie d'ici à 2060 : nos aînés de 60 ans et plus, 15 millions aujourd'hui, seront 20 millions en 2030. Le nombre des plus de 85 ans passera de 1,4 million aujourd'hui à 5 millions en 2060. 20 % des personnes de plus de 85 ans sont en perte d'autonomie. Le vieillissement de la population a pour corollaire une hausse de la comorbidité : 42 % des hommes et 31 % des femmes de 85 ans et plus sont concernés par la pluri-pathologie chronique. Parmi les 1,680 million d'admissions en ALD de l'année 2017, 37 % concernaient des personnes bénéficiant déjà d'une ou plusieurs autres ALD. Tout ceci complexifie le diagnostic, les traitements (avec des interactions possibles) et l'accompagnement médico-social et social.

[32] **Une dernière grande évolution concerne la place des patients, devenant parfois des patients partenaires¹¹ ou acteurs de leur santé.** Des études démontrent aujourd'hui que demander aux patients de rapporter leur expérience dans les hôpitaux pourrait grandement aider à améliorer la qualité des soins¹². Les Hôpitaux Universitaires de Genève ont lancé un programme « Patients partenaires » avec l'objectif d'améliorer la qualité des soins : le patient sait mieux que personne quels sont ses symptômes et comment il les vit. Le professionnel, de son côté, ne décide plus tout seul, mais cherche davantage à collaborer avec le patient, d'où l'importance de l'éducation à la santé. Aux Hospices Civils de Lyon, a été créé en 2020 un poste de *patient-coordonnateur* de pairs bénévoles qui vont intervenir dans les services, et dont l'expérience peut être mise à profit.

[33] **Le numérique en santé se déploie.** Les données médicales et les nouvelles technologies sont à la fois prometteuses et sensibles. Prometteuses car leur utilisation massive permettra d'améliorer la qualité des soins, et sensibles car elles posent des questions éthiques. Cela nécessite quatre postulats (1) remettre le patient au cœur de ses données médicales, (2) poursuivre la consolidation de l'infrastructure des données, (3) repenser la réglementation de développement et de mise sur le marché des technologies de l'e-santé, (4) renforcer la culture du numérique et des données, par la formation, chez les professionnels de santé. L'intégration du numérique dans le système de soins

¹⁰ Conseil économique, social et environnemental présenté, avis présenté par Michel Chassang et Anne Gautier, les maladies chroniques, mai 2019, p. 42

¹¹ On parle ainsi de patient-expert et de patient-pair

¹² Engager le patient pour améliorer la qualité et la sécurité des soins en équipe. Programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte), Guide HAS, 2021

nécessite des changements organisationnels et comportementaux pour les professionnels de la santé, et la recherche de sens que ces technologies apportent au travail.

[34] L'intelligence artificielle (IA) représente un champ des possibles immense et la santé est l'un des domaines où les développements y seront les plus effervescents dans les années à venir (par exemple avec ses algorithmes qui permettront d'évaluer avec précision les besoins et le suivi des patients). Mais de nombreuses questions¹³ sont soulevées tant par les professionnels de la santé que par les chercheurs et par le public en général. Elles laissent entrevoir, d'une part, des gains dans l'offre de soins destinée aux patients (qualité, pertinence, personnalisation et quantité) et, d'autre part, dans l'amélioration de l'organisation des systèmes de santé (efficacité et réactivité).

[35] Enfin, l'emploi des données massives de santé permet une approche moins centrée sur la maladie, avec le concept de la médecine « 5P » : préventive, prédictive, participative, personnalisée, par la preuve.

[36] Ces évolutions fortes, ainsi que les transitions supplémentaires (biotechnologies, robotisation, développement durable, le mouvement « *maker/intrapreneuriat*¹⁴ », émergence du collectif) exigent d'imaginer de nouveaux métiers et de s'y préparer dès à présent, ce qui nécessite formation initiale et continue.

[37] À la faveur d'un atelier collaboratif organisé par la mission le 29 octobre 2021¹⁵ (cf. annexe I-1), plusieurs pistes ont été évoquées. Ont été particulièrement abordés les métiers de « patient-expert », de manager de l'innovation, mais aussi d'ingénieur des données, d'ingénieur de *process*, d'ingénieur de bloc opératoire (IA, spectroscopie, réalité augmentée), de médiateur de santé populationnelle (sport, alimentation), de coordinateur des parcours des personnes âgées. Les attendus liés à ces métiers, les objectifs pédagogiques des formations, les compétences à acquérir et les modes d'évaluation/type de diplôme restent à définir.

1.1.2 Des enjeux RH structurels ou conjoncturels mal renseignés

[38] Évidemment guidée par les orientations stratégiques du système de soins, la gouvernance de la FPH doit aussi prendre en compte les enjeux que portent les ressources humaines : évolutions des compétences ; absentéisme et fatigue professionnelle ; anticipation des nouveaux métiers ; maîtrise des techniques et notamment des outils numériques. À l'identique d'un établissement sanitaire ou social, le niveau national doit disposer de données suffisamment fiables et détaillées pour porter une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC).

[39] Les éléments descriptifs statistiques des ressources humaines de la FPH (cf. annexes II-1 et 2) présentent deux caractéristiques : une grande hétérogénéité des sources conduisant à de fortes divergences¹⁶ (cf. annexe II-3) sur les chiffres en flux ou en stock et une faible illustration de la dynamique interne des effectifs, par exemple, par âge et par métier.

[40] Les publications de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), de l'INSEE et les analyses de la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) ou de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) s'appuient diversement sur

¹³ Ethics and governance of artificial intelligence for health, OMS, 2021

¹⁴ Le terme d'intrapreneuriat traduit le fait de solliciter les membres d'une entreprise ou d'une organisation pour une innovation endogène.

¹⁵ Atelier collaboratif expérimental en ligne, de deux heures, avec zoom/MIRO pour la pensée visuelle, et animé par Florent Orsoni, directeur du laboratoire CityLab, Ecole de Design Nantes Atlantique. Huit participants d'horizons divers et d'expériences très différentes.

¹⁶ Par exemple : au 31 12 2018, 1 178 622 agents Siasp, Insee et 1 048 366 agents pour l'INSEE

deux sources statistiques et trois publications : le système d'information des agents du secteur public (SIASP, INSEE), s'appuyant sur le fichier des déclarations annuelles de données sociales « grand format » (DADS-GF, INSEE) et la statistique annuelle des établissements de santé (SAE, DREES)¹⁷. Certains documents retiennent également le répertoire dit Automatisation des Listes (ADELI) des diplômés. Les données développées ci-dessous doivent être appréciées dans ce cadre où une cohérence des chiffres ne peut être retrouvée.

[41] Dans ce contexte, il est délicat pour la DGOS d'établir une analyse et une prospective suffisamment solide et étayée pour orienter précisément une politique de ressources humaines à l'échelle nationale. Ainsi, le lien entre actions de formation nationales (AFN, cf. 2.3.3) et cette politique ne semble pas prééminente. La sous-direction RH est consciente de cette situation et s'est notamment donnée comme action prioritaire en 2021 l'embauche d'un contrôleur de gestion sociale à la DGOS¹⁸.

[42] Il n'a pas été possible à la mission, dès lors, de mettre en valeur des caractéristiques de ressources humaines permettant une clarification des enjeux nationaux à relever au titre de la formation continue.

[43] La réalisation par l'ANFH d'une consolidation des cartographies des métiers de 18 délégations territoriales¹⁹ élaborées entre 2013 et 2016 a pu permettre de recueillir certaines informations concernant les métiers en tension, la pyramide des âges, la répartition entre hommes et femmes, etc. Toutefois ces données déclaratives, déjà anciennes, émanent de régions volontaires et ne saurait servir de point d'appui à la mise en œuvre d'une politique nationale réactive de formation continue. La mission a néanmoins pu s'appuyer sur certaines cartographies régionales plus récentes pour illustrer des analyses et propositions.

1.1.2.1 L'évolution des effectifs par métiers dans la FPH, des effectifs stables qui peuvent cacher des flux importants

[44] La FPH se positionne comme l'employeur majeur des établissements sanitaires publics et privés. Les personnels soignants non médicaux y représentent, en 2019, 72,42 % des effectifs (infirmiers 76,14 %, les aides-soignants 75,69 %, 60 % des rééducateurs, ...) les personnels non soignants 76,1 % (administratifs 69,3 %, médicotechniques 77,3 %, ...) ²⁰. Il faut noter que les effectifs sont restés significativement stables entre 2013 et 2018 sans que, pour autant, on ne puisse ni déterminer les besoins en nouveaux professionnels de la FPH, ni les raisons pour lesquelles des agents ont quitté la FPH (tableau 1).

¹⁷ Évolution des effectifs salariés hospitaliers depuis 15 ans > Les dossiers de la DREES n° 69 > décembre 2020

¹⁸ « Nous avons été plusieurs à intégrer la sous-direction RH cette année et à déplorer la pauvreté des données à disposition. C'est la raison pour laquelle le président vous a parlé du recrutement d'un contrôleur de gestion sociale à la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS). C'est un profil qui nous manquait ; il aura pour fonction de travailler avec l'ensemble de nos partenaires, afin de recueillir des données beaucoup plus complètes et qualitatives. Les données du bilan social sont très intéressantes, mais il est vrai que nous sommes sur des mesures de 2018, et donc un peu obsolètes. Ce chantier fait toutefois figure de priorité pour 2021. » CEMCS du 16 novembre 2020

¹⁹ ANFH « Consolidation des cartographies régionales 2013-2016 »

²⁰ cf. annexe II -4.

Tableau 1 : Évolutions des effectifs par métier de la FPH 2013/2019

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Évolution 2013-2018	Évolution 2017-2018	Évolution 2018-2019
Salariés du secteur hospitalier public	1046 984	1053 661	1054 546	1053 194	1051 282	1048 366	1050 427	0,1%	-0,3%	0,2%
Personnel médical	128 888	130 830	132 941	133 571	135 301	136 318	138 736	5,8%	0,8%	1,6%
Médecins et assimilés	88 788	89 221	89 713	89 865	90 709	90 877	92 168	2,4%	0,2%	1,4%
Internes et FFI	27 422	28 719	30 274	30 769	31 532	32 284	33 279	17,7%	2,4%	3,1%
Sages-femmes	12 678	12 890	12 954	12 937	13 060	13 157	13 289	3,8%	0,7%	1,0%
Personnel non médical soignant	645 100	648 916	648 065	646 997	643 032	638 606	638 208	-1,0%	-0,7%	-0,1%
Infirmiers	257 978	260 262	260 952	262 756	262 839	263 105	263 247	2,0%	0,1%	0,1%
Aides-soignants	225 091	226 562	227 079	226 705	227 269	226 741	226 748	0,7%	-0,2%	0,0%
Autres personnels soignants	162 031	162 092	160 034	157 536	152 924	148 760	148 213	-8,2%	-2,7%	-0,4%
Personnel non médical non soignant	272 996	273 915	273 540	272 626	272 949	273 442	273 483	0,2%	0,2%	0,0%
Filière administrative	105 844	106 189	106 278	105 468	105 394	105 450	105 371	-0,4%	0,1%	-0,1%
Autres personnels non soignants	167 152	167 726	167 262	167 158	167 555	167 992	168 112	0,5%	0,3%	0,1%

Source : DRESS Les établissements de santé. Edition 2021

[45] Pour 2019, un flux d'entrée de 99 940 entrées, soit 9,2 % des effectifs totaux et un volume de sortie de 89 420 soit 8,5 % au titre du changement d'employeur sont constatés (cf. annexe II-4). Environ 0,9 % des agents ont quitté la FPH en 2016 pour une autre fonction publique soit 9 477 agents. Les départs hors fonction publique ne sont pas connus.

[46] Une autre approche portée par la DREES sur la base ADELI montre pourtant une progression importante d'inscription des professionnels infirmiers déclarant avoir une affectation à l'hôpital public (+6,9 %, tableau 2). Cette progression est à rapprocher de la nette baisse sur la même période du nombre des études promotionnelles en vue du diplôme d'IDE suivies par l'ANFH soit 11,15 % (- 764)²¹. Les EP ne constitue pas la réponse majeure aux besoins en IDE des établissements publics.

1.1.2.2 Le vieillissement supposé des personnels de la FPH ne se vérifie pas en comparaison des autres fonctions publiques

[47] A l'instar de l'ensemble de la population active française, le vieillissement de la fonction publique hospitalière est un phénomène continu depuis 2011. L'âge moyen dans la fonction publique hospitalière est de 41,5 ans, ce qui constitue la moyenne la moins élevée des trois fonctions publiques, cette moyenne étant tirée vers le haut par les EHPAD et autres établissements sociaux et médico-sociaux dont le personnel est sensiblement plus âgé (42, 6 ans). La filière administrative et la filière ouvrière et technique sont celles dont l'âge moyen des agents est le plus élevé, avec 45 ans et 44,6 ans respectivement.

²¹ Voir 2.1.3 tableau 23

[48] Ces données intéressantes pour suivre les risques de vieillissement physique de certains personnels ne peuvent actuellement être suffisamment cernées. Au mieux, la DGAFP a collationné et comparé la progression des agents de plus de 50 ans entre les fonctions publiques.

[49] Pour les personnels FPH, la part des plus de 50 ans progresse un peu plus vite (34,2 % des effectifs) que les deux autres FP (FPT : 44,4 %, FPE : 35,7 %) en 2017 (tableau 3).

Tableau 2 : Comparaison des parts d'agents de plus de 50 ans dans les 3 fonctions publiques

Part des 50 ans et plus (en %) par statut dans les trois versants de la fonction publique			2004	2014	2015	2016	2017
FPE	Fonctionnaires	Ensemble	31,5	34,5	35,0	35,4	35,7
	Contractuels	Ensemble	17,5	20,6	21,4	22,0	22,6
	Militaires et militaires	Ensemble	5,2	8,5	8,8	8,8	8,8
	Autres catégories et	Ensemble	34,6	37,4	37,0	36,6	36,4
	Total	Ensemble	26,3	29,3	29,7	29,9	30,1
FPT	Fonctionnaires	Ensemble		40,3	41,9	43,4	44,4
	Contractuels	Ensemble		23,4	23,9	24,0	24,2
	Autres catégories et	Ensemble		51,7	53,2	53,8	54,7
	Total	Ensemble		37,5	38,9	40,0	40,7
FPH	Fonctionnaires	Ensemble		32,2	33,0	33,7	34,2
	Contractuels	Ensemble		14,5	14,3	14,3	14,3
	Autres catégories et	Ensemble		32,8	32,1	32,1	31,4
	Total	Ensemble		29,1	29,6	30,0	30,1
Ensemble FP	Fonctionnaires	Ensemble		36,2	37,2	38,1	38,7
	Contractuels	Ensemble		20,4	20,8	21,0	21,3
	Militaires et militaires	Ensemble		8,5	8,8	8,8	8,8
	Autres catégories et	Ensemble		38,4	38,1	38,0	37,7
	Total	Ensemble		32,1	32,9	33,4	33,8

Source : FGE, Siasp Insee. Traitement DGAFP

[50] Au constat d'une situation tendue²² à l'hôpital, marquée par des difficultés de recrutement, la remise en cause des conditions de travail, les critiques portées sur l'organisation et le fonctionnement des unités, le ministère des Solidarités et de la Santé ne dispose pas des données chiffrées lui permettant de suffisamment caractériser les situations sociales et professionnelles du champ. En l'absence de statistiques prospectives, par âge et par métier et d'anticipation des nouvelles compétences nécessaires, il ne dispose pas de toutes les informations nécessaires pour poser une politique préventive des ressources humaines et, par là-même, construire un cadre d'orientations des actions de formation et de promotions professionnelles adapté aux enjeux.

[51] De fait, l'identification d'une stratégie nationale de formation n'est pas évidente : elle se déduit d'une note annuelle DGOS-DGCS (cf. 2.3.3.1) relative aux orientations retenues en matière de développement des compétences des personnels des établissements de la FPH. Son caractère détaillé (61 pages, fiches incluses) empêche de dégager des axes forts. La mise en œuvre de ces « orientations nationales » est subordonnée aux choix des établissements sans qu'un compte rendu national, structuré sur cette base, ne soit consolidé dans les SI de l'ANFH. Cette mise en œuvre est accompagnée par un dispositif à la portée marginale (les actions de formation nationales, cf. 2.3.3). Par ailleurs, le contrat d'objectifs partagés entre l'État et l'ANFH, adossé au projet stratégique défini par les partenaires sociaux, n'a pas acquis le statut d'un document de référence à ce stade.

²² A noter qu'une enquête de la FHF auprès des DRH de la FPH fait ressortir des attentes de leur part : ils voudraient lancer des démarches sur la GPEC (31 %), la QVT (42 %). Ils considèrent que les conditions de travail (39 %) et la sécurité se dégradent (61 %) et qu'il faut engager des démarches d'attractivité et de fiabilisation. Etude FHF-OBEA. Enjeux RH 2017

1.2 Des montants dédiés à la formation élevée, un taux d'accès à la formation satisfaisant

1.2.1 Près de 900 millions d'euros de dépenses annuelles pour 1,1 million d'agents de la fonction publique hospitalière

1.2.1.1 Un niveau de contribution financière élevé et relativement consensuel

[52] **Le montant des fonds consacrés à la formation continue dans la fonction publique hospitalière est très largement corrélé à l'importance des obligations réglementaires de financement que doivent respecter les établissements :**

- une obligation légale de consacrer au financement de leurs actions au titre du plan de formation de l'établissement, 2,1 % du montant de leur masse salariale. Cette obligation créée par la loi du 4 juillet 1990 relative au crédit-formation, à la qualité et au contrôle de la formation professionnelle continue²³ a été progressivement portée de 1 % en 1990 à 1,8 % en 1992 et 2,1 % depuis 1993. Les établissements ont la possibilité de se libérer de cette obligation en confiant la gestion de leur plan de formation à un organisme paritaire agréé par l'État, en l'espèce l'ANFH. En 2019, ce dernier choix est réalisé par 96,9 % des établissements concernés, couvrant 90,8 % des personnels de la FPH.
- une obligation de versement à un organisme agréé (l'ANFH) de fonds relatifs au financement des études promotionnelles des agents de la FPH, fixée à 0,6 % de la masse salariale des établissements²⁴ ;
- une obligation de versement à un organisme agréé (l'ANFH) des fonds pour le financement du congé de formation professionnelle, de la VAE et du bilan de compétences, fixée à 0,2 % de la masse salariale des établissements, depuis la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière²⁵ (cf. annexe II-6).

[53] **Au total, le périmètre des ressources disponibles pour les agents de la FPH d'établissements adhérents à l'ANFH s'élève à plus de 860 M€ en 2020.** Ce montant est inférieur aux ressources réelles consacrées à la formation continue au plan national incluant les établissements non adhérents.

Tableau 3 : Montant des collectes des trois principaux fonds de formation continue des PNM

Ressources	2018	2019	2020
Collecte 2,1 %	571 702	577 081	605 526
Collecte CFP/VAE/BC (0,2 %)	60 570	61 126	64 046
Collecte mutualisation des études promotionnelles (0,6 %)	181 706	183 383	192 138
Total	813 978	821 590	861 710

²³ Article 21 de la loi du 4 juillet 1990

²⁴ Obligation créée à l'article 16 de l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. A noter que d'autres fonds que ce fonds mutualisé peuvent être utilisés pour financer les EP, ainsi environ 30 % des crédits du plan sont aussi consacrés par les établissements aux EP. cf. 2.1.1.

²⁵ Cf. 6° de l'article 41, de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Pour toutes les contributions obligatoires évoquées sur cette page, la masse salariale s'entend comme le montant des rémunérations au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

Source : ANFH- NB : le périmètre considéré exclut de la collecte du plan de formation les établissements non adhérents à l'ANFH (dont l'AP-HP)

[54] Ces obligations financières, dont le montant total, est de 2,9 % de la masse salariale hors DPC des professions médicales, sont très supérieures à la fois à celles existant dans le champ de l'hospitalisation privée (à but lucratif), où seule s'applique l'obligation légale de financement de 1,68 %²⁶ de la masse salariale et à celles du secteur sanitaire, social, et médicosocial privé à but non lucratif où la branche a convenu de contributions légales, conventionnelles et volontaires qui s'élèvent à 1,9965 % de leur masse salariale pour les établissements de 11 salariés et plus²⁷.

[55] **Ces obligations, pour la FPH, sont à ce jour relativement consensuelles** : l'importance du montant d'investissement garanti n'est pas structurellement contesté par la FHF²⁸ et est apprécié par les organisations syndicales, qui s'interrogent périodiquement sur la part des frais de rémunération incluse dans l'obligation de financement du plan, jugée trop importante pour certains établissements. Aucune proposition formelle de réaffectation des fonds ou d'ajustement de leur niveau n'a été recueillie par la mission.

[56] **Les ressources de la formation continue, dans la mesure où elles sont adossées à une masse salariale qui progresse, sont donc des ressources dynamiques** : la collecte globale de l'ANFH a été en augmentation de 4,9 % entre 2018 et 2019 et une augmentation de près de 7 % est envisagée en 2021, compte tenu des revalorisations décidées dans le cadre des accords du Ségur de la santé et de certains effets liés à la crise sanitaire (recrutements et/ou heures supplémentaires effectués dans les établissements publics de santé).

1.2.1.2 Près de 900 M€ de dépenses annuelles

[57] **En 2019 (dernière année complète, avant les bouleversements de l'épidémie de COVID 19), les dépenses effectives de formation, soit les charges constatées dans l'année ont été estimées par la mission à 874 M€²⁹, soit une dépense de 735 € par agent public.** Ces montants ne recensent pas que les frais pédagogiques au sens strict, mais incluent des dépenses de traitement (en principe liées aux rémunérations des agents effectivement remplacés) et des frais annexes (dépenses de transport, hébergement, etc. cf. 1.2.1.3).

Tableau 4 : Charges de formation estimées France entière - 2019

Catégorie de dépenses	Montants (M€)
Charges sur le plan 2,1 % mutualisées ANFH	546
Extrapolation dépenses plan hors ANFH	18
Charges fonds de mutualisation	183

²⁶ A la date de rédaction du rapport des travaux étaient en cours sur la possibilité d'un accord de branche, pour relever le niveau des contributions, dans un cadre conventionnel.

²⁷ Accord sur la formation et le développement des compétences dans le secteur sanitaire, social et médico-social privé à but non lucratif du 9 septembre 2020, signé par AXESS, CGT et CFDT, cf. article 3.6 et 4.2.

²⁸ En dehors du contexte exceptionnel de crise sanitaire qui a généré la fermeture de centres de formation et des annulations massives d'actions de formation.

²⁹ Cette estimation prend en compte les charges constatées annuellement en 2019 sur les fonds 2,1 % mutualisés par l'ANFH, FMEP et CFP/VAE/BC. S'agissant des non-adhérents à l'ANFH pour le plan, une estimation à la proportionnelle du nombre d'établissements a été établie, sur la base des 96,8 % d'adhésions constatées. Compte tenu du poids de l'APHP, comptant un seul établissement, mais une masse salariale assise sur 72 000 agents, les charges constatées au bilan de l'APHP en 2019 au titre de la formation ont été intégrées. Le nombre d'agents de la FPH considéré s'entend contrats aidés compris, selon les données de l'INSEE au 31 décembre 2019, publiées en 2021.

Plan et études promotionnelles /APHP	72
Fonds CFP VAE BC	565
Total	874

Source : *Rapports annuels ANFH 2019 (hors établissements et services d'aide par le travail (ESAT) - rapport annuel formation APHP. NB : Périmètre élargi par rapport à l'approche en ressources du tableau précédent.*

[58] La réalité du volume de dépenses des établissements est probablement supérieure : en effet, certaines actions de formation non éligibles au plan de formation mutualisé par l'ANFH, mais correspondant à la définition d'une action de formation sont couvertes par l'établissement sur d'autres lignes budgétaires que la formation. Il en va ainsi :

- des formations courtes, dont la durée est inférieure à 2 heures en 2019³⁰ ou à 1h30 en 2020/2021. Ces dernières ne sont pas toujours valorisées ou identifiées par l'établissement,
- les dépenses de formation correspondant à l'obligation générale de sécurité de l'employeur ou à la formation de délégués du personnel, qui ne sont pas éligibles à la mutualisation par l'ANFH,
- des formations achetées par l'établissement qui ne répondent aux critères de référencement de l'ANFH (lorsque l'organisme n'est pas référencé sur l'entrepôt de données qualité *DataDock*, ni certifié *Qualiopi*), mais qui paraissent pertinentes. On y trouve parfois des formations au management ou sur certains soins techniques,
- des formations d'appropriation de logiciels ou d'applications informatiques, qui sont intégrées dans le prix d'achats des matériels et logiciels informatiques et pris en charge par le budget des systèmes d'information de l'établissement,
- des formations offertes par des partenaires, tels que les CPAM (tarification, gestion des indemnités journalières) ou des compagnies d'assurance, qui peuvent offrir quelques formations (accidents du travail, gestion des inaptitudes, préparation des retraites).

1.2.1.3 Près de la moitié des dépenses est consacrée au financement de formations qualifiantes dans une logique de promotion sociale et professionnelle

[59] **En 2019, 48 % des charges annuelles de formation des agents de la fonction publique hospitalière des établissements adhérents à l'ANFH et de l'AP-HP, ont été consacrées aux formations qualifiantes de promotion professionnelle, soit 407 M€.** Il s'agit du dispositif dit d'études promotionnelles (cf. 2.1) qui correspond à un retour en formation longue, afin de permettre à l'agent d'accéder à un niveau de qualification supérieure. L'accord de l'établissement est requis et la liste des diplômes ou titres accessibles par les études promotionnelles est fixée par arrêté ministériel. Ce volume de dépenses annuelles élevé est rendu possible, car au-delà de la mobilisation du fonds de mutualisation des études promotionnelles (FMPEP), d'autres sources sont utilisées (plan de formation, fonds CFP) et la pratique du co-financement entre plusieurs fonds est généralisée.

³⁰ Ce seuil a été abaissé à 1h 30 en 2020 et 2021.

[60] En 2020, un abondement exceptionnel des partenaires sociaux au titre des études promotionnelles a permis un volume élevé de dossiers accordés³¹. Aussi, en 2020, 66 % des charges relatives à l'ensemble des engagements à honorer dans l'année ou dans le futur des fonds mutualisés à l'ANFH sont liées à des dossiers déjà accordés correspondent au financement des études promotionnelles.

[61] Aucun dispositif équivalent aux études promotionnelles n'existe s'agissant de l'hospitalisation privée. Le secteur sanitaire privé (à but lucratif ou non) organise essentiellement la qualification de ses professionnels, à travers l'accès à l'alternance en début de carrière. Ainsi, 14 679 contrats d'apprentissage ont été financés en 2020, pour 177 M€. Ce choix permet en outre de bénéficier des importants financements publics sur l'apprentissage (aides à l'employeur, réassurance des financements par France compétences et/ou l'État) et concerne des salariés, nécessairement âgés de moins de 30 ans pour l'apprentissage, et dont les rémunérations sont inférieures à celles d'un titulaire de la fonction publique.

1.2.1.4 53 % des charges de formation sont des dépenses de rémunération des stagiaires et seulement 400 millions d'euros constituent de dépenses actives de formation

[62] Toutefois, le constat d'un fort investissement en formation dans la FPH est à nuancer en tenant compte de la nature des charges de formation considérées. En effet, au plan national, la mission estime à moins de 400 M€ par an les dépenses constatées une fois soustraites des dépenses de traitement, c'est-à-dire en considérant les seuls frais pédagogiques (coût des prestations de formation, soit 340 M€ en 2019), ainsi que les frais annexes (mobilité et restauration, soit de l'ordre de 56 M€ en 2019). Cet ordre de grandeur de 400 M€ correspond à des « dépenses actives de formations ». En effet les « frais de traitement » auraient été engagés par ailleurs, si les formations n'avaient pas eu lieu. Si le remboursement des rémunérations est incontestablement un levier pour favoriser le départ en formation longue auprès des établissements, il ne s'inscrit pas dans une logique d'investissement.

Tableau 5 : Répartition des charges de formation des fonds de formation FPH (ANFH et APHP)

	Frais pédagogiques/formation	Frais de rémunération	Autres (déplacement,...)	total
plan de formation mutualisé ANFH	279 159	219 247	47 145	545 551
FMEP	30 832	146 575	5 827	183 234
CFP VAE BC ³²	13 705	28 975	2 671	45 351
APHP hors PP	9 887	27 060	510	37 458
APHP PP	6 586	26 710	808	34 106
Total	340 169	448 567	56 961	845 700
	40,2 %	53,0 %	6,7 %	

Source : Rapports de gestion des fonds FMEP, Plan, CFP, EP de l'ANFH et bilan de formation 2019 de l'APHP. –
Légende : PP = promotion professionnelle, FMEP : fonds de mutualisation des études promotionnelles (0,6 % de la masse salariale)

³¹ 13 M€ supplémentaires accordés sur le fonds de mutualisation des études promotionnelles (ce qui a permis un volume record de 18 000 dossiers d'EP financés en 2020) ainsi que 5 M€ supplémentaires sur le fonds de qualification et le CPF et 5 M€ supplémentaires sur le fonds relatif au congé de formation professionnelle.

³² Est visé le fonds correspondant à l'obligation de 0,2 % de la masse salariale et qui finance le congé de formation professionnelle (CFP), l'accompagnement à la validation des acquis professionnels (VAE) et les bilans de compétences (BC).

[63] Ce montant de près de 400 M€ peut être rapproché du total des frais de formation hors rémunération du secteur privé couvert par l'OPCO Santé. Celui-ci s'élève à 224,6 M€ en 2020, tous financements légaux, conventionnels, et volontaires confondus, alternance incluse. Ces frais couvrent des dépenses de nature très différentes. A l'OPCO Santé, les dépenses de formation qualifiante sont concentrées sur l'alternance à des fins de recrutement et non sur des logiques de promotion sociale et la structure des dépenses dépend des politiques des différentes branches.

1.2.2 Un accès à la formation conséquent qui bénéficie en priorité aux soignants

[64] **Au niveau national, en consolidant les données des établissements adhérents à l'ANFH et de l'APHP, le taux d'accès à la formation s'établit à 54,8 %³³, plus d'un agent sur deux a été stagiaire de formation dans l'année.**

[65] Ce résultat est supérieur au taux d'accès national, tous secteurs confondus, qui se situerait en deçà de 50 % des salariés qui suivent au moins une formation chaque année³⁴. Il prend en compte les formations retenues dans le cadre du plan, considérant que les études promotionnelles sont généralement cofinancées dans ce cadre, et exclut donc les bilans de compétences, congés de formation professionnelle ou VAE. À titre d'illustration, en 2019, l'OPCO santé, dont les contributions et les missions obéissent à des règles différentes de l'ANFH, a financé des actions de formation à l'attention de 325 000 stagiaires sur un champ professionnel de 917 000 salariés, soit un taux d'accès à la formation de 35 %.

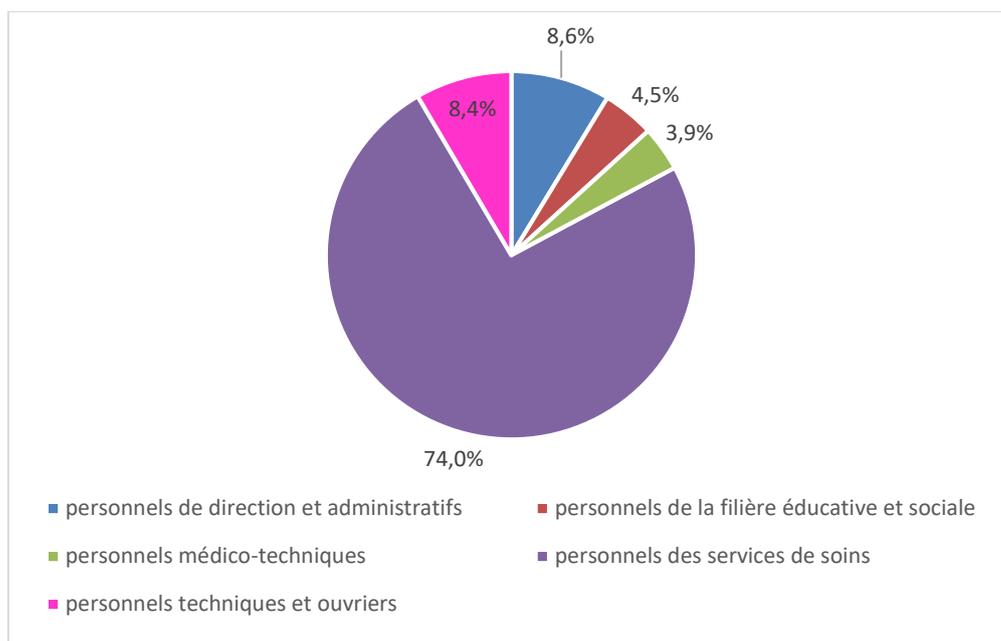
1.2.2.1 Des formations qui bénéficient prioritairement aux soignants

[66] En 2019, 74 % des frais de formation bénéficient à la filière des services de soins, c'est-à-dire au personnel soignant, alors que le personnel soignant rassemble environ deux tiers des personnels ; il y a donc un effort de formation accentué sur ce cœur de métier. Parmi les 26 % des charges de formation bénéficiant aux non-soignants, on note que 8,4 % des frais concernent les personnels techniques et ouvriers alors que cette filière constitue 11,5 % des effectifs. Cette sous-représentation fait l'objet d'une attention particulière de plusieurs organisations syndicales rencontrées, que l'on retrouve dans le plan stratégique de l'ANFH.

³³ Historiquement plus élevé que dans les établissements adhérents de l'ANFH, le taux d'accès à la formation s'est établi à 56 % à l'APHP en 2019, contre 63 % en 2017 et 2018. S'agissant du taux d'accès à la formation, seul le périmètre du plan est pris en compte, considérant que la plupart des EP sont cofinancées par le plan. Ce périmètre est cependant un facteur minorant, car il exclut les formations au titre du CFP. Hors dossiers de VAE, le volume de dossiers CFP stricto sensu se réduit à 3 370 dossiers en cours en 2019.

³⁴ Pour 2015, le Céreq a évalué un taux d'accès à la formation des salariés s'y élève à 48 %, soit 3 points de plus que cinq ans auparavant. Cela place la France à la 10e place sur 29, donc au-dessus de la moyenne européenne, qui est de 41 %.

Graphique 1 : Répartition des charges de formation par filières d'agents bénéficiaires, en 2019



Source : *Rapport d'activité 2019 de l'ANFH, champ : établissements adhérents à l'ANFH pour le versement du plan.*

[67] Le taux d'accès à la formation - soit le rapport entre le nombre de stagiaires relevant des établissements adhérents à l'ANFH et leur effectif physique dans les établissements concernés - confirme cette priorité aux personnels soignants. Ce taux d'accès s'élève à 76,5 % pour les personnels de la filière éducative et sociale, à 57,7 % pour les personnels soignants et à 42,6 % pour les personnes techniques et ouvriers, à 48,5 % pour les personnels administratifs et de direction et à 41 % pour les personnels médicotéchniques.

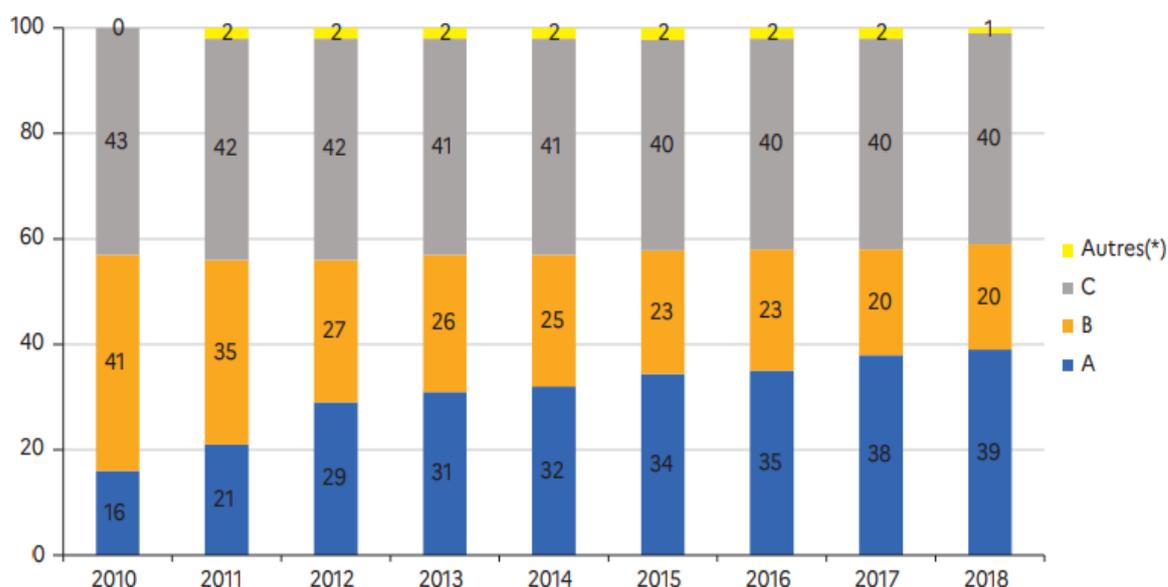
1.2.2.2 Un accès à la formation relativement équilibré en fonction des effectifs, à la structure globale des effectifs

[68] Faute de statistiques existantes par métiers, seules quelques grandes catégories peuvent être analysées. Ainsi, en 2019, l'analyse des bénéficiaires de formation (en montants financiers effectivement consacrés) indique que :

- **les agents en catégorie A sont légèrement surreprésentés, les frais de formation les concernant ont pesé pour 36 % des charges totales, alors qu'ils représentent de l'ordre de 32 % des effectifs totaux,**
- les frais de formation ont visé pour 18 % des agents de catégorie B (alors qu'ils représentent près de 20 % du total) et pour 46 % des agents de catégorie C (alors qu'ils représentent 48 % du total des agents). **Ainsi, en volume de charges, les agents de catégorie C restent les principaux bénéficiaires des actions de formation, dans des proportions proches de leur poids dans l'ensemble de la fonction publique hospitalière.**

[69] Cette bonne représentation des catégories C se confirme en volume de départs en formation consacrés : depuis 2010, les départs en formation ont toujours concerné *a minima* 40 % des agents de catégorie C, même si cette part tend à se réduire.

Graphique 2 : Répartition des départs en formation dans le cadre du plan de formation par catégorie hiérarchique (en %)



Source : Rapports d'activité de l'ANFH.

Champ : Établissements adhérents à l'ANFH.

(*) Emplois aidés ou non répartis.

Lecture : En 2018, 39 % des départs en formation au titre du plan de formation des établissements concernent des agents de catégorie A.

Source : Rapports d'activité de l'ANFH, champ : établissements adhérents à l'ANFH pour le versement du plan.

[70] Ces résultats peuvent constituer un succès par rapport aux objectifs d'équité d'une gestion paritaire. Par ailleurs, en 2019, les femmes représentent 83 % des départs en formation au titre de l'agrément, alors que celles-ci représentent de l'ordre de 78 % des effectifs de la fonction publique hospitalière, ce qui traduit un bon équilibre global en matière d'égalité femmes-hommes.

1.3 Des problématiques particulières : management hospitalier et faisant fonction

1.3.1.1 Le management hospitalier

[71] Le contexte actuel de transformation profonde des systèmes de santé, l'évolution des établissements, de l'hôpital en particulier, impose un questionnement autour du management.

[72] De nombreuses réformes se sont succédées au sein du secteur hospitalier (35 heures, tarification à l'activité, réforme de la gouvernance, loi HPST, mise en place des GHT, des CPTS, etc.), imposant aux établissements publics, dans une approche plus stratégique et organisationnelle, de nouvelles conditions de fonctionnement (filières de soins, gestion des lits, concentration des plateaux médico-chirurgicaux, hospitalisation de jour et médecine ambulatoire, optimisation des consultations externes, accueil des usagers, réorganisation des fonctions médicotéchniques et logistique, etc.). Ceci s'est opéré sous pression financière et avec l'adoption de nouvelles logiques (performances économiques, efficacité, rationalisation, outils d'évaluation individuelle et collective, certification, etc.). C'est pourquoi les établissements ont modifié leurs organisations du travail et que la qualité de vie au travail est aujourd'hui questionnée.

[73] Ainsi, pour illustrer un certain mal-être des personnels, une étude³⁵ a montré que 33 % des personnels hospitaliers ressentent un niveau élevé de stress au travail, résultant de quatre facteurs : une charge de travail plus importante ; une dégradation des conditions de travail ; un conflit de valeur ; et un sentiment d'insécurité face à l'avenir. Par ailleurs le taux d'absentéisme de plus de 8 % en moyenne pour les personnels non médicaux est élevé³⁶. Enfin, le diplôme de cadre de santé, le troisième financement des EP, présente une baisse des charges de - 5,9 % entre 2019 et 2020. Sur le FMEP, ce diplôme représente 17 % des nouveaux dossiers en 2020 *versus* 22 % en 2019³⁷.

[74] Ceci montre l'intérêt à amplifier la formation, afin de développer un management pouvant maîtriser cette complexité, décloisonner, et gérer des ressources de la manière la plus efficiente possible, dans le respect des hommes et des femmes qui font vivre le système de soin.

1.3.1.2 La situation insatisfaisante des « faisant fonction »

[75] **La présence de personnels « faisant fonction » (FF) pour l'exercice d'un métier dont ils ne possèdent pas le grade est une situation ancienne à l'hôpital public, mais insatisfaisante.** En cerner le volume est délicat car la mission n'a pas trouvé de données nationales ministérielles sur le phénomène.

[76] La pratique en a été toutefois rappelée systématiquement, lors des entretiens, par les interlocuteurs professionnels et syndicaux. Elle est fréquemment mentionnée pour les IBODE³⁸, les encadrants d'unités de soins, les infirmiers puériculteurs/puéricultrices, les aides-soignants, les IADE³⁹.

[77] La mission s'est appuyé sur une étude de l'ANFH⁴⁰ qui révèle de fortes distorsions entre les cinq régions étudiées et sur un travail⁴¹ de l'ANFH PACA, à partir de sa cartographie régionale. Dans les cinq régions, il apparaît que les faisant fonction représentent entre 14 et 42 % des infirmiers puériculteurs, entre 33 % et 54 % des secrétaires médicaux et entre 3 et 12 % des aides-soignants, cette proportion pouvant dépasser les 20 % dans certaines régions en EHPAD (cf. annexe III-2). En PACA, 89 % des établissements déclarent ne pas trouver de candidats titulaires du diplôme recherché (cf. tableau 7), ce qui explique le recours aux faisant fonction.

³⁵ ANFH, étude auprès de 45 établissements publics de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et de l'ex-Languedoc-Roussillon employant 80 000 agents, 2017

³⁶ Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé 2017 (MSS)

³⁷ ANFH, Rapport EP exercice 2020 et rapport FMEP exercice 2020

³⁸ A noter que l'article R4311-11-1 du Code de Santé publique réserve l'exercice de cette profession qu'aux IBODE diplômés à partir du 1er janvier 2020

³⁹ Idem pour les IADE Article R4311-12, I B

⁴⁰ « Cartographie des métiers : difficultés de recrutement dans la FPH données issues de l'enquête « métiers en tension » intégrée au dispositif de cartographies régionales des métiers » sur 5 régions dans le cadre d'une deuxième vague. ANFH 2020

⁴¹ « Cartographier des métiers en région paca » ANFH PACA 2020

Tableau 6 : Freins aux recrutements

SELON LE DÉPARTEMENT, DES FREINS PLUS OU MOINS MARQUÉS : RÉMUNÉRATION, SITUATION GÉOGRAPHIQUE, TYPE D'ACTIVITÉ...							
	Total	04-Alpes-de-Haute-Provence	05-Hautes-Alpes	06-Alpes-Maritimes	13-Bouches-du-Rhône	83-Var	84-Vaucluse
Au manque de candidats avec la qualification ou le diplôme recherché	89%	88%	100%	89%	81%	95%	90%
A la rémunération proposée	67%	71%	83%	72%	68%	63%	56%
A la situation géographique de votre établissement (coût de la vie, ruralité...)	60%	73%	58%	84%	17%	65%	55%
Au type d'activité ou de service concerné (ex : EHPAD, psychiatrie, handicap...)	49%	65%	50%	54%	38%	42%	44%
A la quotité de temps de travail proposée (temps partiel)	17%	7%	33%	8%	21%	4%	39%
Au poste de travail proposé (travail de nuit, répartition sur plusieurs services)	13%	23%	8%	27%	-	9%	5%
Autres*	11%	31%	8%	-	19%	7%	7%

(*) Principales autres raisons indiquées : manque d'attractivité de la FPH, manque d'attractivité des EHPAD, charge de travail / sentiment de bâcler son travail en EHPAD, préférence des candidats pour l'hôpital, meilleure rémunération dans le libéral, relations entre collègues.

Source : ANFH PACA Cartographie des métiers. Chiffres 2019

[78] Trois sujets peuvent être distingués : les infirmiers spécialisés ; les aides-soignants ; les encadrants d'unités de soins.

● Les infirmiers spécialisés FF

[79] L'étude précitée de l'ANFH nationale montre que tous les établissements de l'échantillon déclarent avoir des difficultés pour recruter des IBODE et que dans certaines régions la part de faisant fonction atteint 40 % des effectifs. Il en est de même pour les IADE et dans une moindre mesure pour les puériculteurs. (cf. annexe III-1).

[80] Pour autant, même si le détail ne peut être distingué pour les infirmiers spécialisés, le tableau indique que la promotion professionnelle n'est considérée que comme un recours qu'en 5^{ème} position en termes de solution quant à la vacance des compétences. Une recherche plus précise sur la raison de cette situation serait opportune (cf. annexe III-3).

[81] Toutefois, un effort particulier de l'ANFH à l'échelle nationale peut être constaté puisque le nombre annuel de nouveaux départs en formation IBODE au titre des EP est passé de 284 à 470 et le budget investi de 16 124 000 € à 27 649 000 € de 2016 à 2020⁴². Il faut sans doute relier cet état de fait de l'interdiction de ce métier par des IDE faisant fonction depuis le 1^{er} janvier 2020⁴³.

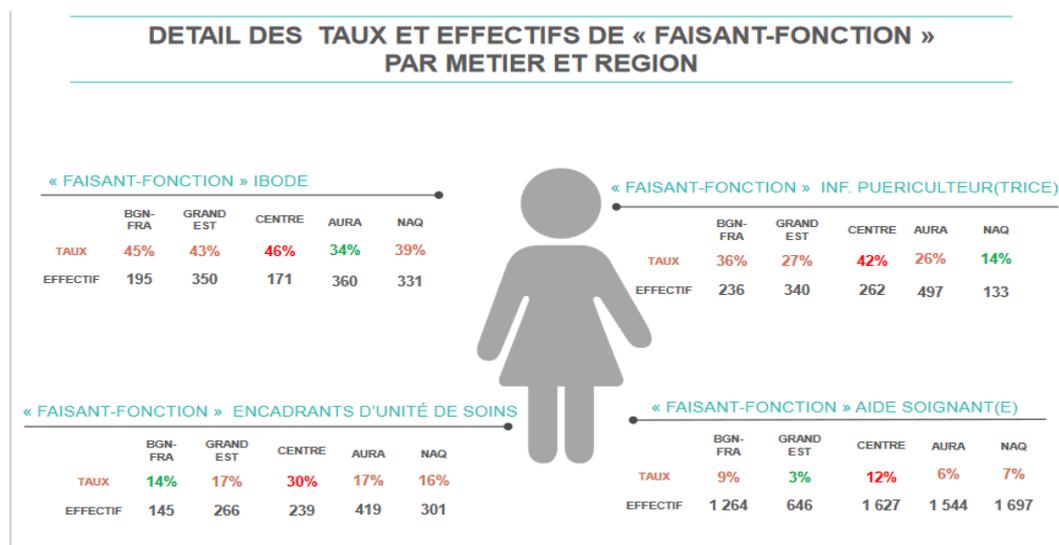
⁴² ANFH Rapport Etudes Promotionnelles 2020

⁴³ Décret n° 2021-97 du 29 janvier 2021 modifiant le décret n° 2019-678 du 28 juin 2019 et portant diverses mesures relatives au retrait d'enregistrement d'organismes ou structures de développement professionnel continu des professions de santé et aux actes des infirmiers diplômés d'État

● **Les aides-soignants FF**

[82] Si la proportion des faisant fonction peut paraître plus faible parmi les aides-soignants (12 % au maximum dans la région Centre-Val de Loire), une analyse par type de structures montre que cette proportion s'élève à 20,6 % dans les EHPAD pour l'étude ANFH (cf. annexe III-2).

Tableau 7 : **Détail des taux et effectifs sur 5 régions**



Source : ANFH Synthèse des cartographies des métiers de cinq régions 2019/2020

[83] Ainsi, la région PACA dénombre 638 ASHQ faisant fonction d'aide-soignant pour un total répertorié de 7 875, soit 8,1 % des postes d'ASHQ (étude précitée). Toujours dans la même région, leur nombre a progressé de 29,9 % depuis 2016 passant de 651 à 846 (cf. annexe III-2). Une première explication de la progression se trouve sans doute dans le fait que 96 % des établissements ne trouvent pas de candidats diplômés.

[84] Pour réduire le volume des faisant fonction AS et notamment faciliter la promotion professionnelle des ASH, la mission a pu constater des initiatives intéressantes. Tout d'abord, à l'échelle de la région PACA depuis 2007, la procédure « MUT 50 » (cf. pièce jointe 2) permet aux structures de moins 500 équivalents temps plein (ETP) de bénéficier d'une prise en charge complète assurée par l'ANFH des frais pédagogiques et de déplacements et surtout « de traitement » (correspondant au coût forfaitisé du remboursement de la rémunération) pour tout agent sélectionné pour des études promotionnelles dans l'un des six métiers reconnus. La seule contrepartie est le versement par l'établissement de 50 % de sa cotisation à l'ANFH, pourcentage qui permet de souligner l'engagement de l'établissement tout en lui permettant de poursuivre une politique de plan de formation par ailleurs.

[85] Cette première expérience, maintenant menée avec un recul d'une quinzaine d'années, porte une solution reconnue aux difficultés des petits établissements dans l'impossibilité d'assurer des promotions professionnelles longues à leurs agents.

[86] Il a été vu *supra* que la préparation même accompagnée de l'entrée en IFAS et le suivi des enseignements peuvent ne pas convenir à certains agents malgré leur engagement et leur compétence professionnelle de terrain. Le recours logique dans ce cas à la validation des acquis de l'expérience (VAE) se heurte à une procédure souvent jugée complexe et inadaptée (cf. 3.5). Pourtant, l'action renouvelée et menée par le groupement de coopération social & médico-social (GCSMS) de

la Meuse a montré que, sous certaines conditions d'accompagnement, la VAE pouvait conduire un collectif d'ASH FFAS vers une réussite quasi générale du diplôme d'AS (cf. 3.5.1).

● Les encadrants d'unités de soins

[87] Les faisant fonction de cadres en milieu soignant recouvrent une réalité différente des autres faisant fonction.

[88] Tout d'abord et sans être négligeable, la pression des difficultés de recrutement de cadres soignants est moindre que pour les autres groupes de métiers. Les cinq régions précitées signalent 8 à 14 % (cf. annexe III-1) d'établissements en difficulté mais jusqu'à 30 % de FF (cf. annexe III-5). En effet et même si certaines organisations syndicales soulignent à juste titre les économies réalisées par les directions à cette occasion⁴⁴, la mise en œuvre de ce mécanisme s'appuie d'abord sur la recherche d'un probatoire réciproque entre le professionnel qui se met en situation d'encadrement et ses référents qui souhaitent le tester dans cette nouvelle mission avant de l'engager dans un nouveau métier précédé d'un investissement en temps, en moyens non négligeables⁴⁵ (62 000 et 67 000 euros, soit 17 000 euros pour la formation comprenant un master 2 et le diplôme cadre auxquels il faut ajouter de 45 000 à 50 000 euros de salaire annuel et de cotisations sociales selon la grille indiciaire de l'agent formé).

[89] Cette approche de mise en situation de faisant fonction de cadre dans les unités de soins n'appelle pas de remarques de la mission tant que son volume à l'échelle d'un établissement ne dépasse pas 20 % des postes, ce qui peut être considéré comme une mesure de gestion acceptable à ce niveau.

1.4 Une organisation du système de formation, paritaire, qui consacre le primat des politiques d'établissements

[90] Quatre caractéristiques de l'organisation du système de formation des établissements de la fonction publique hospitalière peuvent être soulignées : un rôle prépondérant des établissements ; une logique de mutualisation des fonds limitée ; une construction cloisonnée avec des métiers et secteurs propres ; une faiblesse relative de l'initiative individuelle en formation.

1.4.1 Le primat des établissements

[91] **Le système de formation continue de la FPH est construit autour du rôle prépondérant des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.** Les agents publics de la FPH sont recrutés et gérés par environ 4 500 établissements employeurs, d'une grande diversité (29 CHU, de l'ordre de 500 centres hospitaliers, 86 centres hospitaliers spécialisés, 1 276 EHPAD, etc.). Ce primat de l'établissement employeur de proximité est un élément favorable (même s'il n'est pas suffisant) pour s'assurer de l'adéquation de la réponse de formation aux besoins en connaissances, en savoir-faire ou en savoir être constatés. Ainsi :

⁴⁴ Rappelé par 3 fédérations nationales des organisations syndicales rencontrées

⁴⁵ Voir : « Socialisation professionnelle de " novices expérimentés " : les FF de cadres à l'hôpital, in Didier Demazière, Joëlle Morrissette et Marc Zune, *La socialisation professionnelle*, Toulouse, Octarès, 2019, » pp 151-176. Sophie Divay

- l'offre de service de l'ANFH est construite majoritairement autour de la relation avec les établissements. Le « *renforcement de l'articulation de la formation avec les stratégies des établissements* » était un des axes stratégiques du projet de l'ANFH de 2016 à 2019. Ainsi, les délégations régionales comptent davantage de conseillers en gestion de fonds (167 salariés⁴⁶), chargés de la vérification de l'éligibilité des actions au plan de formation et de la relation financière avec les prestataires, que de conseillers en formation, chargés de l'analyse des besoins et de l'ingénierie de formation (41 salariés). Dans certaines délégations (Ile de France), des pôles de salariés de l'ANFH sont dédiés à l'appui aux établissements pour maximiser l'optimisation de leur contribution,
- les établissements sont décisionnaires, après concertation avec les organisations syndicales, de l'affectation de la plupart des fonds dédiés à la formation des agents, y compris des fonds dits mutualisés. Lorsque la gestion du plan de formation est déléguée et mutualisée selon les textes à l'ANFH, les décisions du conseil d'administration de celle-ci octroient un taux de retour minimum à l'établissement de 83 % de la somme confiée. Sur ce montant de fait non mutualisé, les établissements décident des formations et des prestataires internes ou externes et l'ANFH vérifie l'éligibilité de la dépense et paye. Par ailleurs, l'enveloppe de 0,6 % de la masse salariale dédiée aux études promotionnelles est assez largement à la main des établissements, puisque ceux-ci décident des dossiers à soutenir et fixent des règles de priorité qui sont respectées par les instances décisionnelles de l'ANFH.

1.4.2 Une mutualisation limitée et qui s'exerce essentiellement au niveau régional

[92] En 2020, de l'ordre de 37 % des ressources de l'ANFH sont réellement mutualisées, ce qui correspond à un ordre de grandeur proche de celui constaté par l'IGAS en 2012- 2013⁴⁷.

[93] En cohérence avec le primat décisionnel donné aux établissements, certaines pratiques reviennent à restreindre les possibilités de mutualisation, qui sont pourtant la raison d'être de l'ANFH. En effet, c'est la gestion collective des fonds qui permet l'élaboration des priorités pour un secteur professionnel, élaboration à laquelle contribuent des représentants des employeurs et des agents (gestion paritaire), ce qui distingue l'ANFH d'un simple prestataire de services financiers et d'achats.

Tableau 8 : Ressources de 2020 affectées à des fonds mutualisés, hors DPCM

Type de fonds	Montants (k€)
Enveloppe 4 % régionale CPF FQ/ enveloppe nationale	62 678
FMEP	180 802
CFP VAE BC	60 267
Total ressources mutualisées	303 747
Total ressources collecte hors DPCM	810 869
Part des ressources mutualisées	37 %

Source : ANFH rapport financier 2020

⁴⁶ Source ANFH, 19 octobre 2021.

⁴⁷ IGAS, contrôle de la gestion de l'ANFH, 2016, p.105.

[94] La mutualisation du plan (2,1 % de la masse salariale) est d'abord limitée par une garantie d'utilisation des fonds par l'établissement contributeur (83 %), prévue par le règlement intérieur de l'ANFH. Seuls 17 % du montant du plan de formation est mutualisé et utilisé pour :

- les actions régionales (4 %), qui permettent la création de formations additionnelles (« non payées » par les établissements) dans le cadre du plan d'actions stratégique régional,
- le fonds national réparti par région et réservé au financement d'actions relevant du compte personnel de formation de type diplômant, qualifiant ou lié à l'acquisition du socle de connaissances et compétences clés (7,1 %),
- le financement des frais de gestion ainsi que des « projets et logiciels métiers ainsi que les actions de développement à l'attention des établissements et la rémunération des actions et services effectués en vue d'assurer la gestion paritaire des fonds de la formation professionnelle continue par les organisations représentées au conseil d'administration de l'association » (5,9 %).

[95] S'agissant des montants non consommés au titre des 83 % de retour aux établissements, plusieurs dispositions ont été prises afin d'autoriser le report des fonds l'année suivante pour l'établissement et donc leur absence de mutualisation. Le principe est que les crédits non affectés dans le cadre des dépenses de formation de l'année et dont la valeur absolue est supérieure au montant des accords pour réalisation de la formation (engagements pour dépenses futures) de l'année n+1 sont réaffectés au sein de l'enveloppe régionale de l'ANFH. Toutefois, pour la clôture 2021, a été autorisé un report à hauteur des engagements pluriannuels dans la limite du solde comptable. En 2020, dans un contexte de baisse des dépenses de formation, un mécanisme de report sur 2021 et après, au-delà des engagements, c'est-à-dire au-delà du solde non reportable, dans la limite de 10 % de l'enveloppe du plan de formation, a même été effectif.

[96] Si l'enveloppe du FMEP est bien mutualisée et gérée à l'échelle régionale, l'attribution des fonds obéit dans plusieurs délégations régionales à une logique qui revient à démutualiser partiellement sa gestion. Ainsi, un fléchage des capacités des établissements à présenter des dossiers en fonction de leur taille est opéré en amont. Si le nombre de dossiers proposé est respecté, le comité territorial avalise les propositions des établissements, ce qui garantit un droit de tirage stable pour ces derniers, mais va à l'encontre d'une réelle mutualisation. Ainsi, en Pays de la Loire, une note annuelle indique le nombre de dossiers susceptibles d'être étudiés en fonction du nombre d'agents par établissements⁴⁸, ce qui aboutit à une pratique de quota annuel bien intégrée par les services RH de ces établissements. Plusieurs représentants régionaux ont évoqué des comportements d'autocensure des établissements s'agissant de la présentation des dossiers, alors que des régulations en cours d'année peuvent désormais conduire une délégation à recevoir des fonds supplémentaires. En Ile-de-France, depuis juillet 2015, par convention avec l'ANFH⁴⁹, l'AP-HP bénéficie d'un montant garanti à hauteur de sa contribution et d'une capacité de gestion autonome de l'enveloppe, qui revient à vider de son sens le versement des fonds à l'ANFH. Ce mécanisme est

⁴⁸ La note relative aux FMEP Pays de la Loire en 2021 indique un nombre de dossiers étudiés selon le volume d'ETP indiqué sur le SI GESFORM, soit 12 dossiers dont 2 maximum d'une durée de plus de 3 ans pour un établissement de plus de 6000 ETP ; 10 dossiers dont 2 maximum d'une durée de plus de 3 ans pour un établissement entre 4000 et 6000 ETP ; 6 dossiers dont 2 maximum d'une durée de plus de 3 ans pour un établissement entre 2000 et 4000 ETP, 4 dossiers dont 2 maximum d'une durée de plus de 3 ans pour un établissement entre 500 et 2000 ETP ; 3 dossiers en dessous de 500 ETP.

⁴⁹ Convention de financement des études promotionnelles du 15 juillet 2015 ente l'AP-HP et l'ANFH, valable pour l'année 2015 et prolongée par tacite reconduction.

contraire aux dispositions de l'ordonnance du 2 mai 2005 sur le régime juridique des établissements hospitaliers et au règlement intérieur de l'ANFH.⁵⁰

[97] À la suite des divers rapports critiquant la faiblesse des processus de mutualisation, les partenaires sociaux ont adopté quelques mesures correctrices, à la marge ; la proportion de la part garantie à chaque établissement au sein du plan est passée de 85 % à 83 % des cotisations, ce qui a permis d'augmenter le volume consacré à l'enveloppe fonds de qualification et compte personnel de formation. La segmentation régionale de la gestion du FMEP a été atténuée ; la répartition des fonds tient compte des besoins différents recensés et non d'un strict *pro rata* de la collecte, ce qui favorise les délégations ayant les demandes d'études promotionnelles les plus élevées.

[98] Même contrainte par des mécanismes de mutualisation limités, les sous-consommations des établissements notamment les plus gros, permettent via les actions régionales ou nationales, d'accroître significativement l'effort de formation à destination des plus petits établissements et notamment des EHPAD. Comme déjà analysé par le passé⁵¹ et confirmé dans les investigations réalisées en région, le taux de retour aux établissements est inversement proportionnel à leur taille, en termes d'effectifs. **Le système permet bien l'accès à la formation d'agents dont la situation est plus délicate à cet égard, car issus d'établissements de taille modeste avec des moyens limités.**

Tableau 9 : Taux de retour des établissements - l'exemple de PACA en 2020

	taux de retour du plan (objectif 83 %)	taux de retour sur 2,7 % de contributions (plan et FMEP)	Part de la catégorie d'établissements sur l'ensemble des contributions reçues (plan et FMEP)
taux de retour des CHU	50,9	68,9	30,16
taux de retour des CH	68,1	88,7	56,07
taux de retour des HP	45,9	112,4	2,63
taux de retour des EHPAD	64 %	126,4	7,59
Taux de retour autres ét. sociaux médico- sociaux	59,6	74,17	3,3

Source : ANFH PACA, extraction de la mission

[99] Si en valeur relative, l'effort en faveur des petits établissements est net, l'impact en valeur absolue est moins significatif rapporté à chaque établissement et reste conséquent pour les gros établissements : ainsi, en 2020, l'apport des fonds mutualisés du 2,7 % pour les 72 EHPAD publics de PACA s'élève à 2,62 M€, l'apport sur le même périmètre pour les 2 CHU de la région s'élève quand même à 1,48 M€.

⁵⁰ L'article 16 de ladite ordonnance fixe le montant des contributions au titre des études promotionnelles (0,6 % du montant des salaires versés) à un « organisme chargé de la mutualisation de ces fonds ». L'article 37 du règlement intérieur de l'ANFH de mai 2021 prévoit que « les fonds collectés [au titre du FMEP] sont mutualisés et affectés selon la répartition suivante (...) 94,1 % sont affectés aux conseils régionaux stratégiques et de gestion, les 5,9 % restants sont conservés au niveau national, pour financer les frais de gestion. »

⁵¹ IGAS, contrôle de la gestion de l'ANFH, 2016, p.94 et suivantes.

1.4.3 Un système de formation construit de manière cloisonnée

[100] **Alors que la réussite, dans la pratique, du système de soins requiert une dimension collaborative entre professions, entre structures, entre types d'établissements, le système de formation reproduit des cloisonnements juridiques et professionnels, sans vraiment inciter à des coopérations** (cf. 1.1.1).

[101] Le premier cloisonnement naît de l'existence de deux plans de formation distincts, celui des professions médicales et celui des professions non-médicales. Les entretiens conduits par la mission dans les établissements ont confirmé que les formations collectives entre professionnels de santé demeurent rares et interviennent plutôt à l'occasion de l'élaboration d'un projet de service, d'une réorganisation ou du fait de la seule initiative de certains professionnels (prise en charge des pluri pathologies, bientraitance, etc.). Le plan de formation des médecins, qui se confond avec le DPC, est suivi par la direction des affaires médicales et bénéficie d'une enveloppe propre alors que le plan de formation des personnels non-médicaux, est géré sur des fonds différents, par la direction des ressources humaines.

[102] Le deuxième cloisonnement est celui entre les établissements publics et privés qu'ils soient à but lucratif ou non. C'est un autre opérateur, l'OPCO santé qui gère les contributions légales, conventionnelles ou facultatives des établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux privés à but non lucratif, de même que ceux relevant de l'hospitalisation privée. Les partenariats entre l'ANFH et l'OPCO santé sont limités ; il n'existe aucune convention nationale. Dans plusieurs délégations, l'OPCO Santé engage toutefois des actions avec l'ANFH, notamment pour faciliter la constitution de groupes sur des formations d'intérêt commun. Parfois, et de l'avis des partenaires rencontrés dans plusieurs régions, à l'initiative de l'ARS, le partenariat est réalisé en amont, sur la base de projets, comme en Pays de la Loire, sur l'accompagnement des professionnels au repérage et au suivi des jeunes ayant des troubles psychiques. Entre EHPAD publics hospitaliers et EHPAD relevant de la fonction publique territoriale, on relève les mêmes cloisonnements et la même difficulté à organiser des formations conjointes, alors que les besoins en compétences sont très similaires. Par ailleurs, le projet de mutualisation des observatoires ANFH-OPCO santé et cohésion sociale, un temps évoqué par les pouvoirs publics, n'a pas été engagé.

[103] Enfin, le troisième cloisonnement vient de l'étanchéité entre le système de formation de la fonction publique hospitalière et ceux des professions libérales pour les professions paramédicales (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes ; le fond interprofessionnel de formation des professionnels libéraux (FIFPL) et les médecins (fonds d'assurance formation de la profession médicale (FAFPM), qui s'inscrivent dans des logiques plus individuelles.

1.4.4 Le caractère marginal des formations d'initiative individuelle et de leur accompagnement.

[104] Le système de formation dans la fonction publique hospitalière connaît un décalage par rapport à d'autres secteurs professionnels (et notamment ceux concurrents du sanitaire, social et médico-social privé) en matière de prise en compte des formations d'initiative individuelle. Les dispositifs plus récemment développés nationalement pour favoriser la prise de conscience individuelle des besoins d'évolution et de formation sont peu promus et investis dans la FPH.

[105] **Le conseil en évolution professionnelle (CEP), qui permet un accompagnement neutre, personnalisé, gratuit pour les bénéficiaires pour faire le point sur sa situation professionnelle et ses projets d'évolution, connaît un développement discret, sans financement identifié, même au sein de l'ANFH voire des GHT.** En septembre 2019, une enquête de l'ANFH indiquait que

92 % des établissements n'avaient pas défini de politique de mise en œuvre du CEP et que 66 % des établissements n'avaient pas mis en place un accompagnement par un référent CEP⁵². Dans 86 % des établissements répondants, le CEP n'avait fait l'objet d'aucune communication.

[106] **Le compte personnel de formation (CPF) n'a pas subi la transformation opérée dans le secteur privé, ce qui suscite nombre d'interpellations (et de déceptions) d'agents auprès des services de ressources humaines des établissements.** Le CPF dans la fonction publique n'est ni monétisé, ni d'accès direct, via une plateforme en ligne. Il ne bénéficie pas d'un financement séparé permettant de dissocier les souhaits personnels (s'exerçant sur des formations *certifiantes*) des besoins de l'employeur ou du secteur professionnel.

[107] Dans la FPH, le CPF correspond à un crédit d'heures⁵³; sa mobilisation dépend de l'accord financier de l'employeur, dans le cadre du plan de formation. Au titre de 2020, l'ANFH a enregistré les heures CPF déclarées par 1 239 établissements pour 6 679 agents, pour un total de 999 000 heures. Rapporté aux effectifs de la fonction publique hospitalière, cela signifie que moins de 1 % des agents ont mobilisé leur CPF. Les formations inscrites dans le cadre du CPF pèsent pour moins de 5 % de l'ensemble des heures formations financées annuellement au titre du plan des établissements adhérents à l'ANFH.

[108] Les dispositifs d'initiative individuelle sont de fait regroupés autour du fonds « 0,2 % CFP », qui permet le financement des congés de formation professionnelle (CFP), des bilans de compétences et de la VAE. Ces dispositifs sont financés par l'ANFH, sans offre de service en amont et sans aucune évaluation nationale à ce jour du devenir des bénéficiaires. Ils soulèvent par ailleurs des questionnements sur leur dimensionnement, leur usage et l'accompagnement. L'objectif de reconversion du CFP est partiellement assumé, de même que la cible de reconversion à l'intérieur ou à l'extérieur de la fonction publique (cf. annexe IV). Les bilans de compétences sont attribués sans accompagnement ni en amont ni en aval et confiés aux seuls prestataires certifiés Qualiopi.

[109] Plusieurs facteurs semblent se conjuguer pour expliquer le moindre développement des formations d'initiative individuelle dans la FPH : le poids, légitime, du *collectif* dans la réalisation professionnelle et donc dans la conception et l'accomplissement des formations ; l'impossibilité de dégager des financements supplémentaires sans questionner l'existant pour créer un CPF d'accès direct ; le peu d'entrain des organisations syndicales pour des mécanismes individuels qui ne justifient pas forcément une gestion paritaire.

⁵² Questionnaire ANFH réalisé en septembre 2019 : 867 établissements répondant (38 % de taux de réponse par rapport à l'ensemble des établissements visés).

⁵³ Si l'agent est à temps plein, il acquiert 25 heures de droits à formation par an dans la limite d'un plafond de 150 heures. Le temps partiel est assimilé à du temps complet, il ne donne dès lors pas lieu à proratisation. Lorsque l'agent occupe un emploi à temps incomplet (agent contractuel), l'acquisition des droits au titre du compte personnel de formation est proratisée au regard de la durée du travail.

2 L'analyse des outils mis en œuvre

2.1 Un dispositif prisé et relativement consensuel : les études promotionnelles

2.1.1 Un dispositif unique aux multiples intérêts : promotion sociale interne ; effet sur l'attractivité ; réponse aux besoins de recrutements

[110] Les études promotionnelles de la FPH constituent une spécificité dans le champ de la formation continue en général. Elles visent à « *permettre aux agents de suivre des études favorisant la promotion professionnelle, débouchant sur les diplômes ou certificats du secteur sanitaire et social⁵⁴ dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé⁵⁵* ». En moyenne, entre 2016 et 2020, 17 500 agents publics par an ont suivi une formation longue dans le cadre des études promotionnelles (voir tableau 13).

[111] Cette possibilité, fortement soutenue par les organisations syndicales et la Fédération hospitalière de France,⁵⁶ présente des avantages réciproques :

- apporter à chaque agent l'opportunité de progresser dans sa carrière en obtenant un diplôme qualifiant, tout en étant rémunéré pendant les études. L'agent peut, en outre et éventuellement, être accompagné dans la préparation de la sélection à l'entrée de ces études,
- permettre aux établissements de disposer de compétences spécifiques et spécialisées nécessaires à leur mission (voir *supra*),
- constituer potentiellement un mécanisme vertueux facteur d'attractivité pour de jeunes professionnels tout en facilitant théoriquement une gestion prévisionnelle des compétences tant au niveau national que local ou régional.

[112] Le soutien par son établissement d'un agent de la FPH au cours de ses études qualifiantes induit une contrepartie significative, l'engagement de servir dans la FPH, pour une durée égale au triple de celle de la formation, dans la limite de cinq ans.

Article 9 du Décret du 21 août 2008 précité

Lorsque, à l'issue d'une formation prévue au 4° de l'article 1er, l'agent qui a été rémunéré pendant sa formation obtient l'un des certificats ou diplômes lui donnant accès aux corps, grades ou emplois mentionnés par arrêté du ministre chargé de la santé, il est tenu de servir dans un des établissements énumérés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 modifiée susvisée pendant une durée égale au triple de celle de la formation, dans la limite de cinq ans maximum à compter de l'obtention de ce certificat ou diplôme.

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

⁵⁴ Article 14 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.

⁵⁵ Arrêté du 23 novembre 2009 fixant la liste des diplômes et certificats du secteur sanitaire et social acquis en fin d'études promotionnelles par les agents des établissements énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (V. Annexe IV-1)

⁵⁶ Une unanimité des interlocuteurs concernés a été constatée lors des entretiens avec la mission.

[113] Cet engagement s'honore dans l'ensemble des établissements de la fonction publique hospitalière, afin de permettre la mobilité des agents. Dans la réalité, l'agent et son établissement ont un intérêt réciproque à poursuivre leur coopération après l'obtention du diplôme recherché sur la base de leur accord initial⁵⁷.

[114] Si l'agent quitte la fonction publique hospitalière, il y a rupture d'engagement : l'agent doit rembourser les rémunérations (mais pas les frais pédagogiques) perçues pendant la formation. L'ANFH ne collecte pas de statistiques sur ce point, les sorties de la FPH seraient minoritaires et portent sur des situations de diplômés IADE et IBODE. Ceux-ci se voient proposer le rachat du coût de leurs études et une embauche dans des structures privées à but lucratif ou non.

2.1.2 Une part des dépenses de formation élevée pour un nombre de bénéficiaires limité

[115] Le financement des études promotionnelles provient de plusieurs sources distinctes (cf annexe IV-2) :

- le Fonds Mutualisé des Études Promotionnelles (FMPE) qui est versé par tous les établissements à l'ANFH qui en assure la gestion. Pour 2020 : 188,5 M€,
- le fonds relatif au Congé de Formation Professionnelle (CFP) qui est versé par tous les établissements à l'ANFH qui en assure la gestion. Pour 2020 : 7 321 000 €,
- le plan de formation (géré par l'ANFH pour 97,2 % des établissements, l'AP-HP n'en faisant pas partie). Pour 2020 : 197,2 M€ (chiffres ANFH : la part consacrée aux EP à partir des plans de formation par les établissements non adhérents n'est pas connue) (tableau 11). La part des EP dans le financement de la FC a fortement progressé entre 2019 et 2020 (de 48 à 56 %, cf. annexe IV-3).

Tableau 10 : Le financement des EP vs le financement total de la formation continue 2020⁵⁸

AGREMENTS	CHARGES DE FORMATION EP (*) (en K€)	CHARGES DE FORMATION TOTALES (**) (en K€)	%
PLAN	197 260	459 380	43%
FMPE	183 556	183 556	100%
CFP	7 321	52 537	14%
Total	388 137	695 472	56%

(*) Les charges de formations s'entendent hors impact des DEA et RCE.

(**) y compris charges liées à la Transformation de la formation

Source : ANFH

[116] Trois points d'attention peuvent être distingués (tableau 12):

1. avec 56 % des charges de formation totales en 2020, les EP sont la première dépense de formation continue,
2. le financement de ces EP se fait en premier à partir des plans gérés par l'ANFH et non du FMPE,

⁵⁷ Aucune statistique n'existe sur le sujet mais les responsables régionaux de l'ANFH des quatre délégations rencontrées le confirment systématiquement. A noter, l'accord de coopération entre agent et établissement est rarement formalisé.

⁵⁸ Voir aussi les données 2019, ANNEXE IV-3

3. cette part est en augmentation (+8,0 points) par rapport à l'exercice 2019 et traduit le caractère particulier de l'année 2020. En réalité, la mise en œuvre des plans a diminué globalement de 86 M€ et la part consacrée aux EP a progressé de 15 M€ entre 2020 et 2019. Autrement dit, les formations continues, hors EP, ont diminué de 101 M€ entre ces deux années.

[117] En outre, près des trois quarts des dépenses correspondent au remboursement par l'ANFH des rémunérations forfaitisées des agents en EP (cf. annexe V-4).

2.1.3 Un fonctionnement perfectible, des inégalités régionales

[118] L'analyse de la dynamique des études promotionnelles est délicate faute de comparaisons significatives avec d'autres secteurs publics ou privés. Le principe réglementaire d'une possibilité d'accéder à des perspectives promotionnelles accompagnées tant au titre des frais pédagogiques que du maintien de la rémunération principale, y compris pour des études longues comme celles d'IDE présente un avantage explicite. L'opportunité de pouvoir poursuivre son activité professionnelle dans le même établissement, avec une nouvelle fonction grâce à un nouveau diplôme et une promotion de grade sanctionnée statutairement, constitue une reconnaissance indéniable.

[119] Toutefois :

- À l'exception de 2020, où les EP ont été privilégiées (+ 8 % d'agents en promotion), la proportion des personnels en formation promotionnelle reste stable entre 2016 et 2019 (voir tableau ci-dessous) ;

Tableau 11 : Agents en cours d'études promotionnelles 2016/2020

DIPLOMES	2016	2017	2018	2019	2020	EVOLUTION 2020/2019
DE INFIRMIER	6 849	6 460	6 320	6 085	6 518	+7,1%
DEAS	3 334	3 277	3 258	3 353	3 729	+11,2%
DIPLOME CADRE DE SANTE	2 095	1 919	1 832	1 956	1 963	+0,4%
DE IBODE	647	832	995	1 040	1 144	+10,0%
DE INFIRMIER ANESTHESISTE	1 129	1 129	1 166	1 141	1 133	-0,7%
DE IPA			52	270	625	+131,5%
AUTRES	3 290	3 560	3 425	3 315	3 402	+2,6%
TOTAL	17 344	17 177	17 048	17 160	18 514	+7,9%

- le volume général du nombre des EP a diminué depuis 2009 : 18 439 et 2010 : 19 261⁵⁹, pour 17 160 en 2019. La situation exceptionnellement favorable de 2020 ne corrige même pas cette tendance,
- l'accès à deux métiers considérés comme porteurs de promotion sociale a diminué sensiblement entre 2016 et 2019 : le diplôme d'IDE (764 agents en moins en trois ans, soit -11 %), le diplôme de cadre de santé (139 agents en moins en trois ans, soit -7 %). Si certes, les EP d'infirmiers de pratique avancée (IPA) et d'infirmier de bloc opératoire ont nettement progressé, ces formations correspondent à l'expression des besoins des établissements mais pas au maintien du rythme des actions de promotion sociale pour les IDE et les cadres,
- des signes d'inégalités apparaissent.

[120] Premièrement, les délégations régionales de l'ANFH ont la faculté de financer complémentaiement des prises en charge d'EP sur la marge d'action qui leur est statutairement déléguée à hauteur de 4 % des cotisations du plan. Six délégations régionales sur 16 ne financent aucun dossier d'études promotionnelles directement sur leur enveloppe « 4 % » en 2020⁶⁰ (cf. annexe V-6).

[121] Deuxièmement, l'ANFH a consacré 388 M€ aux EP (tout type de financement) pour un effectif de 1 088 030 agents recensés⁶¹, soit 356 € par personne en 2020. Pour autant, il s'agit d'une moyenne :

- en métropole, ce chiffre varie de 299 € pour le Centre-Val de Loire (- 16 % par rapport à la moyenne) ou 302 € pour les Pays de la Loire (-15 %) à 424 € pour la Corse (+19 %) ou 422 € pour PACA (+18,5 %). Ainsi et par exemple, la dotation consacrée, par agent, aux EP en PACA est supérieure de 41 % à celle du Centre-Val de Loire,
- en Outremer, les différences sont plus fortes : 221 € en Guadeloupe ; 428 € en Guyane ; 472 € en Océan Indien et 507 € en Martinique. (cf. annexe V-5),

[122] Si ces comparaisons doivent être analysées avec prudence car révélatrices de situations régionales spécifiques, elles n'en indiquent pas moins des écarts sensibles.

[123] Troisième situation d'inégalité, la pratique des établissements implique parfois des choix très orientés. Ceux-ci n'équilibrent pas leur politique d'accompagnement en fonction d'objectifs de promotion sociale mais au profit d'autres priorités de recherche de compétences. Ainsi, la mission a pu constater qu'un CHU ne soutenait que trois dossiers d'études promotionnelles d'IDE par an pour un effectif total de 12 000 agents.

[124] Une quatrième situation d'inégalité réside dans le mode de remboursement des frais de déplacement. Même si les frais de déplacement (frais annexes pour l'ANFH) ne représentent globalement que 15 M€, leur poids pour les agents peut se traduire par une contrainte financière lourde (hôtels, transports notamment). Dans ce contexte, la réponse des délégations régionales et des établissements est très variable (cf. annexe V-6). Si la moyenne des dépenses de ce type s'élève à 4 %, les écarts fluctuent en métropole entre 2 et 7 % traduisant sans doute des situations géographiques diverses mais également des politiques très diverses selon les orientations des comités régionaux stratégiques et de gestion (CRSG).

⁵⁹ Source Rapport activité ANFH 2010

⁶⁰ Cf. rapport annuel sur les études promotionnelles, ANFH, 2020

⁶¹ Chiffres ANFH : « Données d'activité 2020 »

2.2 Dispositif central, le plan de formation relève de choix d'établissements, débattus avec les organisations syndicales et peu rattachés à une démarche de GPEC.

2.2.1 Des dépenses élevées, quoiqu'en légère baisse ; une mutualisation limitée mais bénéficiant aux petits établissements

[125] **Compte tenu du volume de départs en formation et des montants financiers concernés, le noyau central du dispositif de formation professionnelle continue des agents de la FHP est constitué du plan de formation de l'établissement.** Son élaboration, qui relève de la responsabilité de l'établissement-employeur, est annuelle et son financement s'appuie sur une obligation de dépense (2,1 % de la masse salariale⁶²), donnant lieu à un bilan d'exécution transmis à l'autorité de contrôle (ARS). Ce financement couvre, pour les actions de formation précitées, « le coût pédagogique, la rémunération des stagiaires en formation, leurs déplacements et leur hébergement »⁶³. L'établissement peut choisir de confier la gestion de son plan à l'ANFH : on parle alors d'établissement adhérent à l'ANFH, c'est le cas pour 97,2 % d'entre eux en 2020. Dans ce cas, la dépense reste décidée par l'établissement, la délégation régionale de l'ANFH vérifiant l'éligibilité avant le paiement du prestataire.

[126] Les bilans annuels d'exécution des plans de formation transmis aux ARS ne font pas l'objet d'un traitement informatique et d'une centralisation, si bien que les données disponibles et ci-après utilisées sont celles consolidées par l'ANFH pour les établissements qui lui ont confié la gestion de leur plan. **En 2019 (avant impact de l'épidémie), les dépenses annuelles au titre du plan se sont élevées à 545 M€ et les charges complètes (incluant les dépenses futures liées aux engagements conclus) à 791 M€.**

[127] Le montant des dépenses annuelles de formation baisse sensiblement depuis 2017, sans qu'une cause claire se dégage. Le total des charges de formation annuellement constaté a diminué (de 2,5 % en 2019 par rapport à 2018 et de 0,7 % en 2018 par rapport à 2017). Cette diminution concerne aussi bien les frais pédagogiques que les frais de traitement (rémunération des stagiaires). En 2019, les frais pédagogiques ont baissé de 1,9 % par rapport à 2018 et les frais de traitement de 4,9 %. En 2020, la baisse des charges de formation s'est poursuivie ; l'impact du choc externe que constitue la crise du COVID ne permet pas de vérifier si cette tendance est durable.

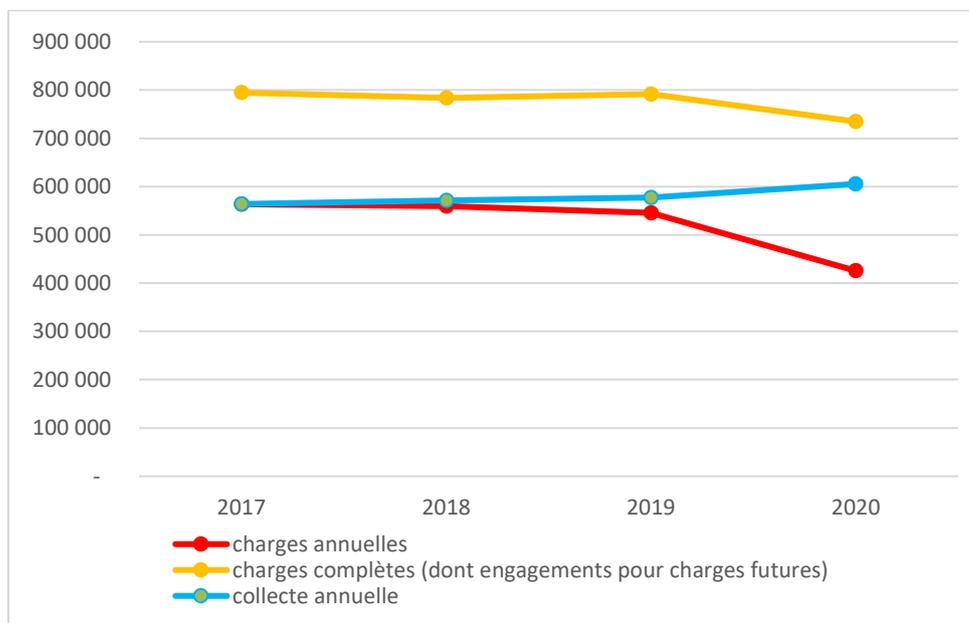
[128] Les motifs de cette baisse sont à la fois attribués aux efforts de rationalisation financière des établissements et aux difficultés d'organisation interne freinant les départs en formation. L'absentéisme en formation est ainsi lié, selon plusieurs représentants syndicaux rencontrés, aux « nécessités du tableau de service », qui impliquent des annulations parfois quelques jours avant ou le jour même. Toutefois, aucun établissement rencontré n'a conduit une étude pour quantifier les causes des annulations de formations (congé maladie, changement d'avis de l'agent, nécessité de service, ect.).

⁶² Article 10 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 : « Les établissements doivent consacrer au financement des actions de formation 2,1 % au minimum du montant des revenus d'activité tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale inscrit à l'état des prévisions de recettes et de dépenses »

⁶³ Cf. Article 10 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.

[129] Le volume collecté est structurellement légèrement supérieur aux dépenses annuelles (écart fortement accru en 2020), ce qui signifie que tous les établissements ne remplissent pas individuellement la cible de 2,1 % de dépenses annuelles et permet une mutualisation entre établissements en fonction des besoins.

Graphique 3 : Le plan de formation mutualisés à l'ANFH : charges et ressources de la collecte



Source : ANFH, rapports d'activité et rapports de gestion de fonds

[130] L'intérêt de la mutualisation est variable par type d'établissements (cf. 1.4.2). L'apport de l'ANFH est aussi jugé très variable. Les CHU rencontrés soulignent l'intérêt de l'association pour organiser des achats mutualisés et gérer la facturation et la relation aux prestataires extérieurs. En revanche, les petits établissements bénéficient de l'accès à un catalogue de formations enrichi par les actions décidées à l'échelle régionale ou nationale, d'un appui à la fonction RH/formation avec la professionnalisation des agents en charge de formation continue, souvent assurée par des adjoints administratifs qui consacrent seulement 10 à 20 % de leur temps de travail sur la formation⁶⁴.

2.2.2 La construction du plan de formation est souvent déconcentrée, peu reliée à des démarches structurées de GPEC, mais associant largement les représentants syndicaux.

2.2.2.1 Une conception du plan relativement libre pour l'établissement, avec un outillage qui progresse

[131] Les textes prévoient que l'élaboration du plan de formation tient compte à la fois du projet d'établissement, des besoins de perfectionnement, d'évolution ainsi que des nécessités de promotion interne des agents. Le dosage entre ces différentes composantes dépend des choix propres à chaque établissement et peut faire l'objet d'échanges avec les représentants syndicaux.

⁶⁴ Constats dressés avec les établissements intéressés rencontrés dans trois régions.

[132] Chaque établissement définit librement les modalités de construction de son plan de formation. En pratique, le calendrier obéit à une temporalité liée aux entretiens annuels de formation, souvent couplés avec les entretiens d'évaluation, du calendrier budgétaire et du calendrier des formations longues (ces dernières débutant généralement sur l'année scolaire). En pratique, pour des formations lancées l'année n, la plupart des établissements rencontrés par la mission collecte les demandes de formation en avril-mai n-1, négocie le budget entre direction et pôles en mai-juin, consolide le plan pour arbitrages à l'été et présente le projet de plan de formation au CTE d'octobre ou de novembre n-1.

[133] En matière de construction du plan de formation, aucun référentiel n'existe pour formaliser les pratiques et les procédures. L'agence nationale d'appui à la performance des établissements sanitaires et médico-sociaux (ANAP) met à la disposition des ressources sur des sujets plus larges, la GPEC, ou sur des problématiques métiers, incluant la gestion des compétences, mais sans s'intéresser explicitement à la fonction formation globalement.

[134] Dans tous les établissements rencontrés, les systèmes d'information ne permettent pas de recueillir les demandes de formation exprimées lors de l'entretien annuel. Parfois, les demandes de formation arrivent en parallèle, par des supports papier ou mail, consolidés par pôles puis par le service RH de l'établissement. Cependant, Gesform évolution, logiciel de l'ANFH, et son module gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) permettent désormais à 63 % des établissements qui en disposent en octobre 2021 de lier l'entretien de formation et la consolidation des informations pour l'élaboration du plan. La structure de ce dernier diffère par établissement. Dans plusieurs cas rencontrés, étaient distinguées les formations transversales portées par la direction, des formations par pôles ou par spécialités techniques (dont le budget peut être déconcentré), des études promotionnelles, des préparations aux concours.

GESFORM évolution, la dernière solution SI de l'ANFH

Le logiciel GESFORM EVOLUTION est une solution centralisée, où les applications et les données sont hébergées par l'ANFH, qui assure la maintenance et les mises à jour. C'est un outil partagé entre les établissements et la délégation régionale de l'ANFH afin de traiter les demandes de financement de formation. Ses dernières évolutions intègrent la mise en place d'un référentiel de formation unique pour l'entretien annuel de formation et le recueil des besoins. Il permet de préparer l'entretien par l'évalué et l'évaluateur directement dans l'outil, d'organiser la priorisation des demandes de formations en fonction des paramètres budgétaires, à partir du recueil informatique des besoins, structuré par les *valideurs*, selon l'organisation retenue. Il facilite l'instruction et les simulations budgétaires en fonction des demandes et du budget prévisionnel.

2.2.2.2 Les potentialités du GHT pour la coordination des formations sont encore à développer

[135] **À ce stade, au-delà de l'établissement, l'apport des groupements hospitaliers de territoires (GHT) en matière de coordination des plans de formation est très dépendant du niveau de collaboration voire d'intégration du GHT.** En témoigne la variété des situations constatées par la mission (cf. annexe VI). Dans le code de la santé publique, la fonction « formation et écoles » est la seule parmi les sept domaines de mutualisation obligatoires, pour laquelle le terme de coordination est employé : le niveau de coopération initialement attendu est donc logiquement moins élevé que pour les autres fonctions.

[136] La montée en charge des GHT sur le volet formation a été accompagnée par l'ANFH, à travers des séquences de formation et des journées régionales, destinées à décrypter le dispositif et à fournir des pistes opérationnelles de coordination. Le mouvement est bien enclenché. Mais seule une minorité de GHT est allée jusqu'à un stade avancé de mutualisation qui comprendrait une animation

centralisée des équipes formation, un plan de formation consolidé « GHT » ou une spécialisation des équipes et des offres de formation internes partagées. **La constitution de réseaux de référents formation en GHT par l'ANFH est une voie à poursuivre pour permettre de faire connaître les pratiques de travail et les potentialités offertes par la coordination des plans et des offres de formation.**

2.2.3 La conception du plan, faute de lien avec une GPEC structurée, ne vise pas prioritairement la réduction des écarts entre besoins en compétences et moyens disponibles

[137] **La formation continue doit être vécue et portée comme un véritable investissement. Pour cela, les établissements doivent élaborer et gérer leurs ressources humaines à partir d'une GPEC. Les directions des ressources humaines, les directions des soins et les cadres de santé, doivent être formés à la démarche de formation continue ; un guide des formations (parcours, dispenses, reconnaissances, évaluation, passerelles...) serait un bon outil.**

[138] Cependant les établissements rencontrés par la mission étaient à un niveau de maturité différent dans l'élaboration ou la mise en œuvre de leurs lignes directrices de gestion, et de manière générale, dans leur appropriation d'une logique prévisionnelle de l'emploi et des compétences. Hors les plus petits établissements, certaines données d'état des lieux de l'organisation, qui peuvent fonder une démarche de GPEC⁶⁵ sont présentes et analysées annuellement : le nombre de professionnels formés ; encadrement compris ; le taux d'absentéisme ; la gestion des temps partiels ; la fidélisation des professionnels à travers des taux de départ et de turn-over ; l'attractivité de la structure, à travers le nombre de postes vacants ; voire le taux de recours à l'intérim, ect.

[139] La réflexion sur les moyens de réduire l'écart entre les besoins en métiers et en compétences et les moyens disponibles est très présente, mais son caractère prévisionnel est réduit, de surcroît en 2020-2021, avec la gestion de l'épidémie du COVID 19. Hormis des CHU, la mission a rarement eu connaissance de projections en nombre d'emplois et en flux à 3-5 ans, permettant de vérifier la distribution des effectifs à venir en fonction des besoins. Les facteurs d'évolution et leurs impacts sur les métiers sont cependant perçus d'un point de vue plus qualitatif (activités qui se transforment, qui disparaissent). Cependant le caractère empirique et peu partagé de ces réflexions semble induire un impact mesuré sur la conception et la mise en œuvre du plan de formation. Celui-ci est rarement présenté par les chefs d'établissement comme un levier prioritaire pour réduire l'écart avec des besoins futurs. Ceci se traduit par des démarches que certains chefs d'établissement reconnaissent comme prudentes sur le numérique en santé ou sur la formation d'IPA et, faute de diagnostic posé, par une certaine méconnaissance de l'écart objectif entre les savoir-faire disponibles ou acquis et les savoir-faire attendus dans les services. Ceci ne permet pas un regard critique sur les choix de formations établis par pôle ou service.

[140] Le lien entre la GPEC et l'élaboration du plan de formation est donc relatif, généralement peu développé. La moitié des 30 directeurs ou DRH précisément questionnés par la mission ont décrit ce lien comme « plutôt faible ». Certains expliquent que la construction du plan obéit davantage aux besoins ponctuels des agents ou des services, la taille de l'établissement étant un facteur favorable mais pas suffisant pour une démarche structurée et prospective.

⁶⁵ La démarche de GPEC a été amorcée par la circulaire de M. Rocard sur la modernisation de la fonction publique (1989), mais les orientations et les outils dans la FPH se sont développés plus récemment : première circulaire DGOS à ce sujet notamment du 9 octobre 2007, première élaboration du répertoire national des métiers de la FPH en 2005.

[141] La mission a constaté à la fois :

- des pratiques où l'élaboration du plan est très déconcentrée et s'opère par addition de demandes et de validations des différents niveaux hiérarchiques, dans le cadre d'enveloppes renégociées à la marge. Dans ce contexte, les formations non reliées à un métier sont rares et les formations transversales peuvent se réduire à des formations RH (entretien professionnel) ou bureautiques,
- des plans de formation davantage influencés par un projet managérial. Ainsi le plan de formation du CHU de Nantes décline le projet managérial et social acté en 2017, dont les trois axes (« attirer les talents, accueillir les individus » ; « cultiver les compétences, investir sur les parcours », « associer et impliquer les professionnels, se préoccuper de leur quotidien et de leur qualité de vie au travail ») comportent une dimension centrale en terme de types et de cibles de formations et de modalités d'accompagnement des agents (détection, accompagnement des managers et des professionnels en situation de fragilité, ect.). Le projet managérial et social est par ailleurs repris dans les lignes directrices de gestion, qui identifient des métiers sensibles (IBODE, IADE, masseur-kinésithérapeute) et des métiers innovants (IPA). Ces différentes orientations se traduisent bien dans le plan de formation, en termes de types de formations et de bénéficiaires.

2.2.3.1 L'association des organisations syndicales est systématique, son intensité dépend de la qualité des relations sociales de l'établissement

[142] La place des organisations syndicales dans l'élaboration du plan de formation est très dépendante de la dynamique de relations sociales propre à l'établissement et des pratiques des représentants syndicaux. Quelques tendances se dégagent à l'issue des entretiens conduits :

- l'accès aux études promotionnelles constitue un point de vigilance important pour les représentants syndicaux. Le volume d'études promotionnelles financées et les critères de choix font fréquemment l'objet de débats,
- le sujet de la formation fait l'objet de débats, d'échanges parfois intenses mais, sauf exceptions, n'est pas conflictuel. Au contraire, il s'agit d'un terrain où la direction de l'établissement et les organisations syndicales peuvent s'entendre et où la direction peut réaliser des concessions (sur le nombre d'études promotionnelles financées, sur l'accès à des formations non prioritaires, mais répondant à la demande des agents). Aussi, selon plusieurs directeurs, cette attitude peut alimenter la conception de la formation comme un « terrain d'entente » ou une reconnaissance pour certains services ou catégories d'agents. Elle s'éloigne de l'optique d'un investissement dans les compétences,
- s'agissant des stratégies ou des priorités de formation, seuls quelques établissements ont signalé une construction avec les organisations syndicales en matière d'adaptation et de besoins de compétences, en lien avec les évolutions de l'établissement.

2.2.3.2 Un contenu, peu suivi, des formations et comprenant une part prépondérante de formations au management et aux ressources humaines

[143] L'analyse par catégories réglementaires d'actions de formation (catégorisation organisée par fonction ou par objectif de formation) fait apparaître que deux types d'actions mobilisent 68 % de l'enveloppe :

- les actions de développement des compétences et des connaissances liées à l'acquisition de nouvelles compétences (au-delà de l'adaptation directe au poste de travail),

- et les études promotionnelles (EP), dispositif généralement cofinancé avec le fonds régional mutualisé (FMEP) de l'ANFH. Les EP mobilisent le tiers des dépenses annuelles du plan de formation (cf. 2.1).

Tableau 12 : Répartition par type d'actions de formation des dépenses annuelles du plan de formation, mutualisé par l'ANFH en 2019

Type d'action de formation	%
1- actions de formation professionnelle initiale	2,0 %
2 a- adaptation au poste de travail	16,2 %
2 b- adaptation à l'évolution prévisible des emplois	10,7 %
2 c- développement des compétences/ acquisition de nouvelles compétences et connaissances ⁶⁶	35,0 %
3- préparation aux examens et concours	2,2 %
4- études promotionnelles	33,5 %
5- actions de conversion	0,4 %
8- VAE	0,1 %

Source : ANFH Rapport d'activité 2019

[144] Deux types d'actions ont connu des diminutions particulièrement significatives, sur plusieurs années, sans que des analyses aient été conduites : les actions de préparation aux examens et aux concours de la fonction publique et les actions de « conversion » (de reconversion).

[145] Au-delà des catégories règlementaires de formations, le SI de l'ANFH permet d'identifier 26 méta-thèmes de formation et le nombre de départs, de stagiaires et d'heures stagiaires accomplis. La fiabilité de ces données est relative, car reposant sur le bon renseignement des établissements, sans contrôle *ex post*. Aussi, ces extractions ne sont plus utilisées pour le rapport d'activité et ne bénéficient d'aucun suivi ou analyse au niveau national. Malgré le caractère atypique de l'année 2020, certains éléments saillants peuvent être soulignés à partir de la requête réalisée par l'ANFH pour le compte de la mission :

- 50 % des heures stagiaires financées sont consacrées à des formations qualifiantes, de fait, il s'agit des études promotionnelles cofinancées par le plan, mais ce type de formation ne concerne que 3 % des stagiaires,
- 16 % des heures stagiaires financées mais 34 % des stagiaires se portent sur la catégorie du « management et des ressources humaines », dont le contenu très large et hétéroclite rassemble nombre de formations administratives. Elles constituent donc un élément fort des plans de formation des établissements,
- 11 % des stagiaires participent à des formations sur les soins techniques et cliniques, 11 % sur des soins relationnels, 7 % sur la gestion des risques et la vigilance sanitaire. Ces trois types de formations qui visent près de 30 % des stagiaires en 2020, compte tenu de leurs durées plus courtes, ne pèsent respectivement que 4, 3 et 1 % du volume total des heures stagiaires financées,
- 5 % des stagiaires ont suivi une formation de santé et de sécurité au travail,

⁶⁶ Pour rappel, la somme totale consacrée aux EP par la FC (Plan et FMEP) représente 48 % en 2019 et 56 % de toutes les dépenses

- un très faible nombre de stagiaires se porte sur des formations informatiques (4 % du total des stagiaires, pour 1 % des heures stagiaires financées) ou e-santé (78 stagiaires recensés, soit 0,02 % du nombre de stagiaires). De même, les formations aux risques infectieux n'auraient concerné que 508 stagiaires en 2020, les formations relatives à l'environnement et au développement durable, de l'ordre de 200 stagiaires.

2.3 Des dispositifs à moindre attractivité

2.3.1 La Validation des Acquis de l'Expérience (VAE): grande valeur et petit volume

[146] La VAE est une procédure qui permet de faire reconnaître ses compétences professionnelles et ses acquis personnels en vue de l'obtention de tout ou partie d'un diplôme, titre professionnel ou certificat de qualification professionnelle. Instaurée par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, elle est la troisième voie d'accès à la certification en France. Elle repose sur le fait que les compétences acquises en vie active sont de même valeur que celles acquises en formation initiale, continue et en alternance.

[147] En 2019, tous secteurs confondus dont la FPH, 36 000 candidats sont allés jusqu'au jury (-7 % sur un an), sur les 55 500 dossiers déposés. 61 % des candidats ont obtenu la certification visée (baisse en volume de 9 % vs 2018), 9 500 ont obtenu une validation partielle et 4 500 ont échoué⁶⁷.

[148] Actuellement 18 diplômes et certifications sont concernés par la VAE dans le domaine sanitaire et social (cf. annexe VII).

[149] Le nombre de VAE couvertes par l'OPCO santé (sanitaire, social et médico-social), avec ses 917 000 salariés, est faible, même s'il est proportionnellement très légèrement supérieur à celui de l'ANFH, avec les 1,1 M agents de la FPH. En effet 727 salariés ont bénéficié d'un accompagnement VAE en 2020, et le nombre de salariés financés (fonds légaux, conventions ou volontaires) était de 1573 en 2020 n ou n-1.

[150] S'agissant de la fonction publique hospitalière⁶⁸, le nombre de demandes de VAE demeure faible. La demande diminue de 35 % entre 2019 à 2020 par la voie du financement CPF (882 départs en 2019 *versus* 576 en 2020). Le taux d'acceptation reste néanmoins stable (de 99,2 % à 99,8 %). Sur le plan de formation 2020, compte tenu là encore de la situation de crise sanitaire, le nombre de départs en VAE est en baisse, de -9 % (456 en 2020) :

- en 2020, les dossiers (hors bilan de compétences) relatifs aux diplômes de soignants représentent 61 % (1477 en 2020) des dossiers accordés non annulés et le médicoteknique (préparateurs en pharmacie, ingénieur en biologie médicale, manipulateur en électroradiologie, ect.) 4 % (96) ;
- le coût annuel est estimé en 2020 à 2,43 M€. Il se décompose ainsi :
 - sur le plan de formation, 1,08 M€ (charges et accords sur recettes futures dit «ARF++ », soit les montants futurs relatifs aux accords pour réalisation de formation engagés au titre de l'agrément pour le plan de formation des établissements adhérents)

⁶⁷ Rapport de la mission de préfiguration, de la VAE 2020 à REVA 2021, O Gérard, septembre 2021

⁶⁸ Rapport fonds CFP de l'ANFH 2020

- sur le fonds « 0,2 % CPF », 1,35 M€ (charges et EFF++, i.e. engagements à financer des formations, liés aux dossiers accordés en 2020 ou lors d'exercices antérieurs). Ceci représente 1,5 % du total des engagements (hors bilans de compétences)
- Avec un coût moyen horaire de 32,1 € et un coût pédagogique moyen horaire de 25,3 €, la VAE présente, en 2019 comme en 2020, les coûts horaires moyens les plus élevés parmi l'ensemble des typologies d'actions de formation.

2.3.1.1 Un dispositif jugé complexe et insuffisamment mobilisé

[151] La VAE a introduit en 2002 une rupture majeure dans le paysage de la certification qui est la dissociation des champs de formation et de certification.

[152] La VAE peut être considérée comme un dispositif efficient sur le plan économique⁶⁹ :

- en dépit de coûts horaires élevés d'accompagnement, elle coûte au total, de par la moindre durée, moins cher qu'un parcours de formation classique, y compris en cas de parcours mixtes associant validation des acquis et formation complémentaire ;
- elle impacte peu l'organisation du travail puisqu'en l'absence de vis-à-vis pédagogique, elle permet aux salariés de suivre un parcours de certification de manière décalée et en dehors du temps de travail.

[153] Nonobstant cela, l'investissement en temps passé de l'accompagnant est dans les faits important ; une partie de ce temps, avec l'accord de l'employeur a lieu sur le temps de travail.

[154] Mais la VAE est, dix ans après son lancement, un dispositif jugé complexe et insuffisamment mobilisé, et qui peine à trouver sa place dans la formation professionnelle. Le processus se déprécie et génère plus de 30 % de validations partielles (et 10 % de validations nulles)⁷⁰.

[155] Cela se traduit dans les faits par :

- ce qui est jugé comme étant des lourdeurs administratives,
- un usage de l'écrit, tant au stade de recevabilité qu'au stade de la validation, qui pénalise et décourage certains candidats potentiels à la VAE, notamment les publics peu ou pas qualifiés, en difficulté par rapport à la rédaction longue, à l'argumentation ou à des développements théoriques,
- des délais longs qui peuvent décourager,
- des jurys difficiles à composer, solliciter et gratifier.

2.3.1.2 Des novations et expérimentations qui améliorent l'outil VAE

[156] Courant 2021, une expérimentation pour un système de « reconnaissance-validation-reconnaissance-validation », rythmé par les nécessités du parcours de vie, appelée Reconnaissance de l'Expérience-Validation des Acquis de cette expérience (REVA) a été lancée par le ministère du travail (cf. annexe VII).

⁶⁹ X. Chastel et I. Menant ; P. Le Pivert, P. Santana et P. Sultan, IGAS, IGAENR, Evaluation de la politique publique de validation des acquis de l'expérience, 2016

⁷⁰ De la VAE 2002 à la REVA 2020, C Kecha, Y Soubien, D Rivoire, 2020

[157] Cette approche aurait vocation également à simplifier, à fluidifier la procédure, en réduire la durée et à renforcer l'accompagnement. Il s'agit de développer une VAE de parcours incluant les phases de progression et de montée en compétences. C'est une approche plus globale de la reconnaissance, en considérant le parcours professionnel dans son ensemble, afin de permettre :

- de passer d'une démarche ponctuelle à une posture permanente (reconnaissance continue),
 - de rendre visible les compétences dites transversales dites *soft skills* (compétences humaines et savoir être notamment) par un système de reconnaissance collectif et social (endossement, i.e. reconnaissance par un tiers, récit collectif, analyse individuelle),
 - de poursuivre la validation des acquis par la voie du système formel (le système VAE modernisé) quand cela est nécessaire.
- La **VAE hybride** est assortie, après diagnostic des manques, d'un complément de formation qui permet d'acquérir les compétences nécessaires à une évolution professionnelle. La formation fait partie de l'expérience qui sera présentée au jury.
 - La **VAE en situation de travail** FEST (parfois dite inversée) : le candidat est accompagné par un professionnel, s'arrête sur les tâches réalisées et construit ainsi en parallèle son dossier de VAE en identifiant, dans ce parcours formatif ponctuel, les compétences mobilisées et acquises en situation de travail, en se dédouanant des échecs scolaires antérieurs.
 - La **VAE collective** s'adresse à plusieurs salariés en même temps en vue d'obtenir une certification. L'établissement souhaite faire reconnaître un ensemble de compétences détenues par plusieurs personnes pour les amener à évoluer en lien avec ses axes stratégiques.
 - La **Validation des Acquis Professionnels** conduit à la poursuite d'études afin d'accéder à une formation supérieure (post-baccalauréat), alors même que l'on ne possède pas le diplôme normalement requis pour accéder à cette formation (ex Bac+2 pour une entrée en master).

2.3.2 Le DPC des personnels non médicaux, un enjeu peu intégré dans les plans de formation, une mise en œuvre peu suivie

2.3.2.1 Le constat de difficultés de mise en place du DPC dans la FPH

[158] Le DPC constitue un sujet complexe, qui pourrait faire l'objet d'un travail en soi, la mission a choisi de l'aborder, compte tenu de ses liens avec la formation continue, y compris pour les personnels non médicaux (PNM). Ceci conduit la mission à poser des orientations et non des recommandations détaillées (cf. annexe VIII).

[159] Le DPC des professionnels de santé, a été initié par la loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST) en 2009 et fut adapté par la loi du 26 janvier 2016 de Modernisation du système de santé. Inscrit dans le code de santé publique (art L. 4021 à L. 4021-8), il s'agit d'une obligation pour le professionnel qui doit démontrer le maintien de ses compétences et apporter les preuves à l'organisme de contrôle concerné, et constitue ainsi une sorte de démarche qualité individuelle. Dans cette perspective, le DPC inclut la formation (« actions cognitives »), l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la gestion des risques (GR). Pour valider son DPC, « la démarche [engagée par le professionnel] doit comporter au moins deux des trois types d'actions [formation continue,

EPP et gestion des risques] et au moins une action s’inscrivant dans le cadre des orientations prioritaires de DPC »⁷¹.

[160] La maïeutique du dispositif DPC est liée aux équilibres trouvés entre les professions de santé libérales et l’Assurance Maladie, au travers de conventions. Le dispositif demeure marqué, tant par son approche individuelle que par son fonctionnement, par cette histoire et par ces liens avec des publics professionnels libéraux. Cela se traduit par une sous-représentation des EPP et GR et par conséquent, une surreprésentation des actions cognitives : 91 % en 2019⁷².

[161] Mais la mise en œuvre du DPC rencontre, depuis ses débuts, des difficultés dans la FPH :

- Les acteurs hospitaliers ont globalement une faible connaissance du DPC. Les PNM ont tendance à se tourner vers le dispositif de formation continue, plus familier et où se trouvent des financements pour accéder à des formations labellisées DPC. Mais en l’absence de sanction individuelle, l’incitation au DPC est faible.
- Les formalités administratives sont considérées comme trop lourdes et peu claires tant pour se constituer en organisme de DPC que pour déposer des actions. Seule une petite part des démarches d’amélioration (réunions de concertation pluridisciplinaire, actions d’évaluation des pratiques professionnelles, de gestion des risques etc.) mises en œuvre par les professionnels au sein des établissements de santé fait l’objet d’une reconnaissance et donc d’un enregistrement au travers du système de DPC. Même le CHU de Nantes, perçu par l’ANDPC comme un acteur investi, s’est plaint d’un « temps de formalisation significatif », de « délais importants d’examen en CNP », considérant que « le rapport coût (temps consacré) / bénéfice (valorisation effective) est peu engageant ».
- Le dispositif est illisible financièrement pour les PNM : si une enveloppe spécifique est prévue pour les médecins hospitaliers, aucune n’existe pour les non médicaux.
- Aucun système d’information n’est partagé entre les différentes institutions (ANFH, ANDPC), si bien que les données consolidées s’agissant de la FPH font défaut. Un mode de recueil dédié a été créé par l’ANFH, mais faute de renseignement par les établissements, seuls les départs en formation des agents *dont le métier et le grade sont (théoriquement) éligibles au DPC et ayant suivi au moins une formation dans un organisme disposant d’un numéro d’ODPC* sont comptabilisés. En 2019, 486 641 départs en formation d’agents en principe *éligibles* au DPC sont identifiés au titre du plan de formation des établissements (pour 53 % il s’agit d’agents de catégorie A), représentant une dépense de 262 M€.

[162] Au total, aucune information n’existe sur le nombre de démarches validées. Le fait que pour une profession de santé comme les aides-soignants, qui n’existe pas en mode libéral, seulement 147 comptes personnels DPC aient été ouverts pour s’assurer de la traçabilité des démarches, n’incite pas à l’optimisme. Dans les établissements de santé rencontrés, la dynamique est en panne. A titre d’illustration, au CH d’Argenteuil, au 31 décembre 2019, 3,99 % des personnels non médicaux avaient rempli leurs obligations de DPC ; au CH de Blois, le nombre de personnels non médicaux satisfaisant l’obligation de DPC est passé de 14 % en 2018, 11 % en 2019 à 3 % en 2020.

⁷¹ Cf. article R 4021-4 du code de la santé publique

⁷² Rapport d’activité ANDPC

Encadré 1 : Adapter le dispositif à la FPH : valoriser le collectif

L'exercice hospitalier, avec la prédominance du fonctionnement en équipe (avec EPP et GR systématique et systémique), doit avoir sa traduction en termes de DPC et ne doit pas se traduire par un alignement strict avec les règles encadrant le DPC des libéraux. Les textes prévoient cette adaptation aux spécificités des différents exercices : l'article L. 4021-5 du code de la santé publique précise ainsi que « le DPC se réalise dans le respect des règles d'organisation et de prise en charge propres aux différents secteurs d'activité des professionnels de santé, notamment par les employeurs [...] ». Les actions de DPC sont conceptuellement verticales dans leur mise en œuvre. S'agissant de la FPH, il faut passer d'une approche disciplinaire à une approche de champs disciplinaires, multi-acteurs, pluri-professionnelle.

Le professionnel de santé, à la faveur du recensement des actions DPC opérées au sein de l'établissement, doit ainsi pouvoir valoriser un DPC par sa participation au sein d'une action collective, EPP, GR, dans un service/pôle en établissement de santé.

Les hôpitaux pourraient davantage déclarer ces actions constitutives du DPC pour leurs agents qui relèvent du DPC. Avant la mise en place à venir de la certification professionnelle périodique (Ordonnance n°2021-961 du 19 juillet 2021), le DPC⁷³ devrait être adapté en ce sens à la FPH.

Par ailleurs, en 2019 un achat en commun entre l'ANFH et l'OPCO santé a été tenté pour peser sur l'offre nationale et structurer une offre adaptée. Cela impliquait un avis des comités scientifiques de l'ANDPC) préalable à la notification du marché, pour s'assurer en amont de la comptabilité du programme aux critères des orientations nationales de l'Agence nationale du développement professionnel continu (Malheureusement, la collaboration n'a pas pu s'organiser entre les organismes pour s'assurer d'un tel chainage). L'ANDPC a récemment choisi de lancer avec l'ANFH et l'OPCO santé un marché sur l'antibio-résistance.

2.3.3 Des actions de formation nationales à l'impact marginal

[163] Dès la fin des années 1990, le ministère de la santé a souhaité engager une politique de formation continue autour des priorités nationales sur des thématiques stratégiques, d'organisation du système de soins ou répondant à un enjeu spécifique.

[164] En 1997, le CA de l'ANFH a voté la mise en place d'un « protocole relatif aux formations prises en charge par l'ANFH à la demande du ministère » validant ainsi la création « d'actions de formation nationales » (AFN) financées sur le budget de l'ANFH. Les AFN doivent correspondre à des objectifs nationaux, se distinguer des actions mises en place au niveau régional, et avoir, « en priorité, un côté innovant ou expérimental en impulsant de nouveaux dispositifs pédagogiques et promouvant de nouveaux thèmes de formation ».

[165] A côté de ces AFN, le CA de l'ANFH se réserve la possibilité de décider de la création de dispositifs d'accompagnement nationaux, souvent influencés par des évolutions législatives ou réglementaires, mais dont le cahier des charges et les objectifs sont décidés directement par les partenaires sociaux. L'appui à la mise en œuvre des GHT, à la professionnalisation des conseillers en évolution professionnels, la formation aux entretiens professionnels ont fait partie de ces actions, parfois massives (11 000 participants sur la formation entretiens professionnels). La mise en œuvre et le lancement de ces actions est parfois dépendant du degré de consensus des évolutions : ainsi, des organisations syndicales, réticentes à la création des GHT, ont veillé à ce que la formation cible les

⁷³ Vinquant, État des lieux et propositions en vue de la préparation des ordonnances sur la « recertification » des professionnels de santé à ordre, Igas, Février 2021

professionnels impactés par les mutualisations et chargés de leur mise en œuvre et ne constitue pas une promotion en soi des GHT ou un appui aux seuls managers.

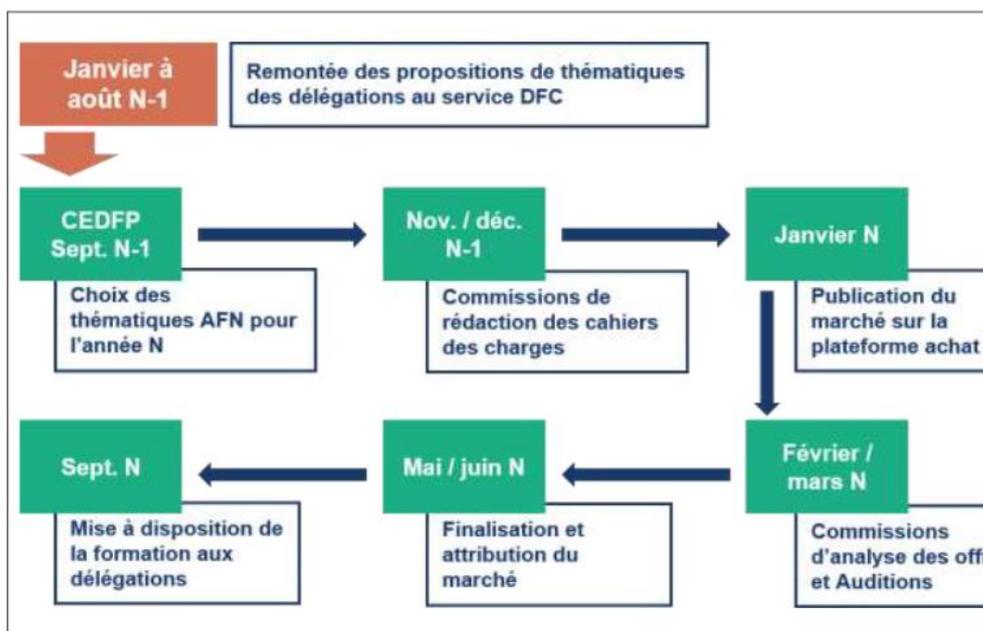
2.3.3.1 Un temps d'élaboration long et en décalage avec le calendrier régional

[166] Initiées en 1998, les AFN ont bénéficié d'améliorations sur le délai nécessité pour leur élaboration et leur réalisation, notamment à la demande de la Cour des Comptes en 2005. Sur proposition de l'ex direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), le nombre des thématiques est passé de 14 à 7/8 depuis 2007. Leur déploiement concret demeure toujours long.

[167] En effet, elles sont déterminées chaque année par une instruction⁷⁴ de la DGOS, habituellement publiée en septembre de l'année N-1 après un long travail de concertation d'environ 6 mois avec les directions de l'administration centrales, l'ANFH, les organisations syndicales et la FHF.

[168] L'ANFH, après la publication de l'instruction et dans le cadre de ses propres procédures consacre à peu près un an à mettre à disposition des établissements les propositions de formations construites en conséquence (cf. tableau 14) soit environ 18 mois après le début des concertations.

Tableau 13 : Calendrier du traitement des AFN à partir de septembre 2021



Source : ANFH

2.3.3.2 Un trop petit nombre de stagiaires formés pour des thématiques pourtant à fort enjeu

[169] Si le nombre de stagiaires par AFN a un peu progressé depuis 2000, de moins de 100 à quelques centaines ces dernières années, l'effectif total annuel des personnels formés reste très décevant en comparaison à l'importance des thématiques traitées. Au total, de 2016 à 2019, les AFN se sont

⁷⁴ Voir par exemple : Note d'information no DGOS/RH4/DGCS/4B/2019/160 du 8 juillet 2019 relative aux orientations retenues pour 2020 en matière de développement des personnels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi no 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

concrétisées en moyenne par 240 sessions touchant de l'ordre de 2 418 stagiaires, avec des variations importantes d'une année à l'autre (cf. annexe IX).

[170] Ce constat s'illustre encore plus fortement si l'on s'attache à des formations touchant à l'évolution des politiques de santé ou l'évolution des compétences :

- la dynamisation des coopérations territoriales : « Coopérations et complémentarité territoriales » (2017 : 21 sessions, 231 stagiaires) ;
- de l'amélioration du management « Manager à l'échelle du GHT » (2019 : 3 sessions 32 stagiaires) ;
- de la QVT « Mettre en œuvre une démarche de qualité de vie au travail (QVT) dans les établissements de la FPH » (2018 : 56 sessions 471 stagiaires) ;
- des organisations médicales et soignantes « Mise en œuvre des organisations médicales et soignantes autour des filières du projet médical partagé (PMP) et du projet de soins partagé (PSP) » (2018 : 20 sessions 212 stagiaires) ;
- ou de la sensibilisation à l'utilisation de l'outil numérique « La relation patient / soignant à l'ère du digital : la santé connectée » (2019 : 7 sessions 80 stagiaires).

[171] Le semi-échec des AFN, également, constaté par la sous-direction RH de la DGOS incite à en revoir le mécanisme (cf. 3.3.4).

2.4 La démarche qualité se déploie progressivement, l'évaluation de l'impact reste lacunaire

2.4.1 La démarche qualité nationale se limite à la certification des organismes de formation et n'est pas obligatoire pour la fonction publique hospitalière.

[172] La loi du 5 Septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel, a rendu obligatoire une certification qualité unique, encadrée par le référentiel national qualité (RNQ), exigée pour tous les prestataires d'actions concourant au développement des compétences (formation, bilans de compétences, validation des acquis de l'expérience, formation par apprentissage) qui souhaitent accéder aux fonds publics et mutualisés. **Ceci s'appliquera au 1^{er} janvier 2022, mais cette démarche qualité nationale (label Qualiopi) ne s'applique pas à l'État et à ses établissements de santé, et donc pas à l'ANFH.**

[173] L'ANFH dans le contrat d'objectifs partagés avec l'État a cependant maintenu un objectif, (4-1) de « développer le contrôle de la qualité des organismes et de la formation », décliné en deux parties :

- 4.1.1 Garantir que les formations prises en charge soient délivrées par des organismes répondant aux critères qualité définis par la loi du 5 septembre 2018, les décrets 2019-564 et -565 et les arrêtés du 6 juin 2019 ;
- 4.4.2 Contribuer au contrôle de la qualité des organismes de formation dans le champ de la FPH.

[174] Dans le même COP, le tableau synthétique des indicateurs (2020) mentionne l'indicateur 4.1.2 relatif au *nombre d'organismes de formation référencés intégrés dans DataDock/certifiés* (cible 2023, 100 %, données 2020, 88 %).

[175] Enfin, les instances de l'ANFH ont validé l'inscription de la certification Qualiopi dans ses critères de référencement et le projet d'accompagnement de ses adhérents à cette certification.

[176] La mission a rencontré deux organismes de formation, qui ont l'un des cinq plus gros chiffres d'affaire avec l'ANFH en 2020. A la faveur des échanges, la mission a entendu que ces organismes s'engageaient à respecter ces critères, avec notamment l'évaluation en début de séance de formation, un test de positionnement, une enquête de satisfaction en fin de formation, et une prise de contact pour mesurer le transfert de des compétences acquises à 3-4 mois. Ces organismes ont souligné le fait que les formations sont jugées trop courtes pour avoir un réel impact, et qu'un décalage entre le cahier des charges et les attentes réelles sur le terrain, pouvait intervenir vu le délai entre l'appel d'offres et la formation.

3 Les propositions et pistes de progrès

[177] L'ensemble de la communauté soignante hospitalière est en attente d'une nouvelle dynamique après une longue période de crise, de revendications et de contraintes vécues pendant la pandémie. Les accords du Ségur s'efforcent de répondre à une partie de ces attentes : rémunération augmentée ; nouvelles perspectives d'évolution professionnelle ; reconnaissance de l'importance de chaque collaborateur dans le collectif de travail, ect.

[178] L'objectif est d'assurer un environnement professionnel spécifique aux agents de la FPH par comparaison à d'autres environnements de travail soignants comme l'activité libérale ou les établissements privés. La mission propose de poursuivre cette logique, en matérialisant davantage l'accompagnement des agents tout au long de leur carrière, en facilitant l'accès aux formations dites d'études professionnelles au-delà du cadre de l'établissement, en renforçant l'observation en matière de ressources humaines et de formation, et en ajustant certains dispositifs. Par ailleurs, une méthode et des éléments de contenu d'un plan d'actions national sur la formation, tel qu'évoqué dans les accords du Ségur de la santé sont proposés.

[179] La conduite de cette politique ne peut s'exercer sans la maîtrise des données de ressources humaines et celle de leur analyse au niveau national. De même, cette connaissance et cette analyse doivent se traduire par l'expression de priorités anticipatrices et préparatoires aux grands enjeux des années à venir.

3.1 Renforcer l'observation des RH, des métiers et de la formation

[180] Le ministère chargé de la santé doit être en mesure de connaître assez précisément la photographie des démographies de la FPH, générales, par région, par genre, par métiers, par âge, etc. Elle doit par un calcul projectif déterminer les risques et les opportunités, à moyen terme, des évolutions d'ores et déjà perceptibles.

[181] Il a été vu (cf. 1.1.2) les difficultés de cohérence et les manques des données disponibles pour répondre à ces enjeux. La mission a dû, ainsi, s'appuyer sur des données régionalisées de l'ANFH, à travers notamment les cartographies des métiers. Bien que particulièrement instructives, ces données ne constituent pas un corpus national consolidé et ne traitent pas de tous les sujets d'intérêt (par exemple : postes vacants, absentéisme de longue durée lié aux pathologies musculo-squelettiques, etc.).

[182] La mission considère comme nécessaire la connaissance fiabilisée de ces informations. Elle propose la mise en place d'un « observatoire des ressources humaines, des métiers et de la formation dans la FPH ». Cet observatoire, à *vocation technique*, fonctionnant sous l'égide de la DGOS, aura pour mission de stabiliser les données⁷⁵ issues actuellement de plusieurs sources⁷⁶. L'observatoire pourrait, en outre, réaliser ou faire réaliser des enquêtes ou des études prospectives en fonction des interrogations actuelles concernant l'évolution des compétences et des métiers, sur les attentes des personnels, la motivation des étudiants pour rejoindre la FPH, la motivation et attentes des agents de la FPH, l'exploitation du bilan social, etc. La constitution de cet observatoire, dont le périmètre couvrirait aussi le personnel médical hospitalier et travaillerait avec les autres acteurs du système de santé, devrait éclairer les échanges ultérieurs avec les acteurs, dont les partenaires sociaux. Une petite structure de 2 ou 3 statisticiens, éventuellement issus de la DREES, rattachée fonctionnellement à la DGOS pourrait fournir et stabiliser les données manquantes.

[183] L'absence actuelle de cette connaissance empêche, à partir de données statistiques pertinentes, la construction argumentée d'actions de formation, d'études promotionnelles et plus généralement d'évolutions réglementaires des métiers et des compétences.

Recommandation n°1 Mettre en place un « observatoire des ressources humaines, des métiers et de la formation dans la FPH » pour stabiliser les données disponibles et constituer un référentiel national d'aide à la décision

3.2 Engager un accompagnement des agents de la FPH tout au long de la carrière

[184] Entrer et rester dans la FPH doit s'accompagner⁷⁷, au-delà des motivations professionnelles, d'une reconnaissance de l'engagement personnel et inversement.

3.2.1 Pour un accompagnement assurant l'évaluation des compétences de l'agent, ses besoins en formation, ses objectifs éventuels de promotion

[185] Un agent de la FPH devrait pouvoir bénéficier d'un droit effectif à un accompagnement tout au long de sa carrière permettant l'amélioration de ses compétences et de sa qualification au travail. Ce contrat implicite entre l'agent et la FPH doit constituer une motivation pour entrer dans la fonction publique et une satisfaction pour y rester. Il ne s'agit pas seulement de comptabiliser des temps et des unités de formation, mais bien de créer et de faire vivre ce droit effectif au travers d'un suivi organisé, objectif et régulier de l'agent quel que soit son établissement d'affectation et ses différentes mutations.

[186] Un accompagnement existe aujourd'hui même si sa réalisation peut apparaître à bien des égards partielle, éparse et, par-là, insuffisante. D'ores et déjà, l'évaluation professionnelle annuelle, conjuguée avec un autre entretien réglementaire dédié aux souhaits et besoins de formation et aux demandes précises des agents dans ce domaine donnent un premier cadre robuste.

⁷⁵ Ce travail a été entamé par la DRESS qui propose une « série finale » qui agrège différentes sources et corrige les biais ; « Les dossiers de la DRESS n° 69 • décembre 2020 Évolution des effectifs salariés hospitaliers depuis 15 ans Méthodologie de construction d'agrégats nationaux » Pauline Charon, Aurélie Delaporte, Céline Dennevault, Élodie Pereira, Fabien Toutlemonde

⁷⁶ Voir 1.1.2 [16]

⁷⁷ « Faire de la promotion professionnelle tout au long de la carrière un facteur d'attractivité et de fidélisation » (Recommandation Rapport Ségur de la Santé juillet 2020)

[187] La mission propose d'identifier un *parcours individuel de développement des compétences*, se déroulant et se déployant tout au long de la carrière de l'agent y compris lors des changements d'établissements ou d'affectation. Il implique l'agent et son employeur dans la construction et la gestion de son parcours. Il s'agirait en quelque sorte de donner à chaque agent les clefs d'une évolution professionnelle coconstruite. Il s'agit d'un document support d'engagements réciproques qui constate les formations faites mais, à l'inverse du « passeport » prévu initialement en 2008, formalise aussi les objectifs futurs.

[188] Ce projet de parcours individuel de développement des compétences serait construit au fur et à mesure, revu lors des entretiens annuels de formation, et au plus tard tous les six ans à l'occasion d'un bilan consolidé. A l'instar du schéma existant pour les salariés du secteur privé, le bilan de six ans permettrait de dresser l'état des lieux des perspectives d'évolution professionnelle du salarié. Dans l'hypothèse d'un désaccord entre l'agent et l'établissement ou d'une insuffisance d'engagements de ce dernier, un recours de l'agent pourrait être reconnu dans le cadre des procédures de dialogue social de l'établissement.

[189] En pratique, un outil numérique, dont l'agent garderait la maîtrise d'accès (cf. infra) remplacerait le passeport formation, prévu par les textes mais qu'un seul établissement sur les 30 contactés par la mission a réellement mis en œuvre, faute d'avoir été d'emblée adossé à un SI.

Recommandation n°2 Instaurer un *parcours individuel de développement des compétences*, document numérique à partir d'un système d'information, qui formalise la trajectoire de formation/promotion de chaque agent de la FPH et vaut engagement pour l'employeur

Recommandation n°3 Créer tous les six ans, dans le cadre de l'entretien annuel de formation, un bilan sur le *parcours individuel de développement des compétences* de l'agent, qui récapitule notamment les actions entreprises et actualise ses projets éventuels

3.2.2 Vers un « engagement d'accompagnement » se traduisant par une plateforme d'informations et de services à l'attention et au bénéfice des agents

[190] Au-delà de la consolidation d'informations sur leurs parcours de formation à travers une banque de données appartenant à l'agent, un système d'information (SI) centré sur les besoins et les attentes des agents publics fait aujourd'hui défaut. L'accès à une information rapide, détaillée, personnalisée en fonction des besoins de chaque agent permettrait de compléter les conseils et avis des services RH ou de l'encadrement de proximité des établissements. Aujourd'hui, la complexité du système de formation, la multiplicité des dispositifs et la variété des financements qu'il est possible de mobiliser constituent des obstacles à l'accès à la formation.

[191] L'objectif de ce type de SI serait :

- à un premier niveau, de rendre visible auprès de l'agent les informations sur les formations suivies et son parcours voire sur des expériences professionnelles validées (open badges⁷⁸) ou des décisions prises suite à des bilans de compétences, dans la logique du parcours de formation⁷⁹. Il s'agirait d'offrir à l'agent des informations recensées dans l'outil GESFORM

⁷⁸ L'open badge est un instrument numérique de compétences, qui accompagne l'agent tout au long de son parcours, et qui permet de rendre visibles (et actionnables) des informations relatives aux expériences, réalisations, pratiques, compétences, engagements, valeurs ou aspirations d'une personne, communauté (de pratique) ou organisation.

⁷⁹ Article 3 du décret du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle des agents de la fonction publique hospitalière « Un document appelé passeport de formation est remis à chaque agent par l'établissement. Les actions de formation auxquelles l'agent a participé comme bénéficiaire ou comme formateur y sont mentionnées. Ce passeport, rempli, mis à

évolution de l'ANFH, mais qui lui restent inaccessibles. Ces objectifs rejoignent ceux de la « plateforme agents », mentionnée dans le projet stratégique 2020-2023, chantier qui doit être lancé en 2022 ;

- à un deuxième niveau, il s'agirait de dématérialiser tout ou partie de l'accès aux aides existantes dans la réalisation du parcours professionnel : renseignement des dossiers d'études promotionnelles, de VAE, de demandes de formation, avant validation par l'établissement, prise en charge du congé de formation professionnelle avant instruction par l'ANFH, etc. ;
- enfin et surtout, à un troisième niveau, ce SI devrait offrir directement de nouveaux services aux agents :
 - des informations actualisées et validées sur les métiers, les rémunérations et les recrutements possibles, s'appuyant, le cas échéant, sur les cartographies des métiers élaborées par l'ANFH,
 - le renvoi vers les sites validés ou labellisés mettant des formations en ligne (« MOOC », sites de France université numérique, services de l'EHESP ou des prestataires de l'ANFH...),
 - des exercices et actions en ligne d'auto-positionnement préalable avant formation ou validation des acquis de l'expérience (tests pour valider les appétences à accéder à un nouveau poste par exemple, identifier des besoins complémentaires de formation, ect.),
 - l'accès à une plateforme en ligne de conseillers en évolution professionnelle.

[192] Cet outil pourrait aussi rendre visible pour les directions des établissements, la connaissance et l'intérêt des agents, dans une perspective de GPEC⁸⁰. La mise en œuvre d'un tel projet, structurant pour la FPH et à périmètre national nécessite une maîtrise d'ouvrage de l'État (avec une gouvernance possiblement ouverte aux partenaires sociaux) et un financement conjoint de l'ANFH et de l'État, notamment pour assurer la couverture des établissements non adhérents. Si l'ANFH est chargé de la maîtrise d'œuvre, ses missions réglementaires pourraient être complétées par la « contribution à l'harmonisation et la modernisation des SI en matière de formation continue dans la FPH ». Un tel projet constituerait un investissement à articuler par ailleurs avec les SI nationaux existants (plateforme compte personnel d'activité/compte personnel de formation hébergée par la Caisse des dépôts), ainsi qu'avec les SI métiers.

[193] La mission suggère en l'espèce de modifier l'article 3 du décret du 21 août 2008 relatif au passeport formation, en y substituant la définition de ce système d'information, de son objet et les modalités de traitement des données à caractère personnel envisagées (commission nationale Informatique et Liberté CNIL (CNIL)).

Recommandation n°4 Créer un système d'information national pour accompagner le *parcours individuel de développement des compétences* des agents publics de la FPH

jour et conservé par l'agent, est sa propriété. Sa communication ne peut être exigée. Il est destiné à recenser les diplômes et les titres obtenus au cours du cursus de formation initiale et les expériences professionnelles acquises pendant les périodes de formation ou de stage. Il permet de mentionner la réalisation de bilans de compétences, la nature et la durée des actions suivies au titre de la formation professionnelle continue et les certifications à finalité professionnelle obtenues dans le cadre de la formation continue ou de la validation des acquis de l'expérience. Il permet aussi de mentionner les emplois exercés et les aptitudes professionnelles mises en œuvre dans le cadre de ces emplois. Le passeport permet d'inscrire en annexe les décisions en matière de formation qui seraient prises lors des entretiens de formation ou à la suite de bilans de compétences. »

⁸⁰ Sous réserve des règles de partage des données qui seraient décidées entre l'établissement et les agents, avec leur accord.

3.2.2.1 Consolider l'accompagnement à l'évolution et au rebond professionnel

[194] Chaque agent de la FPH gagne à pouvoir disposer à sa demande d'un conseil en évolution professionnelle effectif, c'est-à-dire de l'accès à un service personnalisé et gratuit d'appui⁸¹. La gestion RH de proximité dans les établissements ne fait pas obstacle à un CEP réalisé par l'ANFH⁸².

[195] La mission recommande la constitution d'un pôle national « CEP », organisant et réalisant un appui en ligne ou par téléconsultation aux agents. Ce pôle pourrait regrouper tout ou partie des 71 salariés de l'association qui ont été formés au CEP, mais dont la mission n'occupe à ce jour qu'un temps de travail très partiel (les agents rencontrés dans les quatre délégations régionales consacrent de 5 à 20 % de leur temps à la fonction de CEP ; ils sont souvent gestionnaires de dossiers individuels par ailleurs). La constitution d'une telle équipe placée fonctionnellement auprès du siège de l'ANFH et mettant fin à l'isolement des agents dans les délégations territoriales, rendrait visible et ainsi plus opérationnelle l'offre de service. Elle permettrait d'augmenter la professionnalisation de l'activité de conseil, de créer et d'approfondir des partenariats avec les autres acteurs du CEP (opérateurs privés retenus par France compétences, Pôle emploi, ect.), de développer des outils métiers voire de mettre en place un contrôle qualité.

[196] La mission considère que la fonction de CEP pourrait être associée à la gestion du fonds « 0,2 % CFP ». Le financement du CEP serait pris dans les frais de gestion de ce fonds, quitte à augmenter le plafond fixé par l'autorité d'agrément, en vue d'intégrer de possibles recrutements supplémentaires. A l'instar du mécanisme organisé dans les FONGECIF après 2014, cette mission pourrait être prévue dans les textes réglementaires relatifs à l'agrément de l'ANFH.

Recommandation n°5 Développer une offre de service de conseil en évolution professionnelle, par association des compétences existantes au sein de l'ANFH

3.3 Construire un plan national sur la formation continue des agents en lien avec les établissements

[197] L'accord relatif à la fonction publique hospitalière (FHP) signé le 13 juillet 2020 par trois organisations syndicales, le FHF et le ministre des solidarités et de la santé vise à renforcer l'attractivité de la FHP, notamment par des revalorisations salariales et des réorganisations de l'environnement de travail. Cet accord mentionne la formation professionnelle continue et les études promotionnelles comme des leviers structurants, à renforcer et à sécuriser. A l'issue d'un état des lieux, auquel la présente mission contribue, doit être proposé « un plan national d'actions sur la formation, élaboré en concertation avec les organisations représentatives, présenté au plus tard le 1er janvier 2022 ». Ce plan d'actions « devra être décliné dans chaque établissement et pourra donner lieu à des accords dans le cadre de la négociation collective »⁸³ du Ségur de la santé du 10 juillet 2020 mentionnent un plan national d'actions sur la formation.

⁸¹ La mission reprend ici les attendus du cahier des charges du CEP défini par les partenaires sociaux interprofessionnels, et posé par l'arrêté du ministère du Travail du 16 juillet 2014.

⁸² Conformément à la note-circulaire ministérielle du 16 février 2018, « ce conseil personnalisé peut être assuré au sein de l'établissement ou du groupement hospitalier par un conseiller formé à cet effet au sein des services d'orientation ou de formation des directions des ressources humaines (conseiller mobilité – carrière...), ainsi que par les délégations de l'Association nationale pour la formation permanente des personnels hospitaliers (ANFH) ».

⁸³ Accord relatif à la fonction publique hospitalière ; rendre attractive la fonction publique hospitalière : revaloriser les carrières et les rémunérations et sécuriser les environnements de travail, dit « accord du Ségur de la santé », 13 juillet 2020, p. 5.

3.3.1 Le concept de plan national d'actions sur la formation ne va pas de soi et les partenaires sociaux et représentants professionnels rencontrés ont émis des points de vigilance.

[198] À l'occasion des rencontres organisées par la mission, les partenaires rencontrés, n'ont pas précisé détaillé les attentes qui avaient été les leurs quant au contenu du plan national mentionné dans les accords. Ils ont davantage précisé les préoccupations auxquelles il fallait répondre, afin notamment de redonner à la formation professionnelle une place centrale, au vu des multiples objectifs qui lui sont assignés.

[199] L'ensemble des représentants syndicaux et la FHF ont rappelé leur attachement à la gestion paritaire de la formation professionnelle à travers l'ANFH et à son caractère déconcentré, laissant une part prépondérante au choix des établissements. Dans cette conception, la place et la valeur ajoutée d'un plan national interrogent et a pu soulever un certain scepticisme.

[200] S'agissant des contenus éventuels de ces orientations nationales, en fonction des représentants rencontrés, ce sont les éléments de réponse à des besoins de recrutement à moyen terme, de soutien à de nouvelles organisations, de revalorisation de carrière, de promotion sociale ou de contribution à l'attractivité comparée de la fonction publique qui sont alternativement ou cumulativement mis en exergue (cf. annexe X).

[201] En complément, les partenaires sociaux rencontrés au niveau régional ont indiqué les risques d'un plan d'actions national, en particulier :

- que celui-ci qu'il ne soit que l'agrégation d'enjeux des bureaux d'administration centrale, et donc soit en décalage avec l'intérêt des établissements et la réalité de leur fonctionnement opérationnel ; Il conviendrait qu'il reflète pas seulement des préoccupations d'actualité ou des mouvements de court terme ;
- qu'il s'inscrive en doublon face à des priorités déjà existantes et qu'elles n'apportent rien que les établissements avec ou pas l'ANFH ne fassent déjà.

[202] Toutefois, les interlocuteurs rencontrés reconnaissent une grande similarité dans les besoins de compétences, d'un établissement à un autre, au moins au sein d'un même bassin de population. Ils admettent aussi la légitimité de l'État à porter un regard stratégique, voire planificateur s'agissant d'un levier essentiel – les compétences présentes dans le système de santé - pour l'efficacité des établissements de la fonction publique hospitalière. Un fonctionnement exclusivement déconcentré porte en effet le risque d'une myopie des acteurs et la somme des intérêts des établissements, corrigée marginalement par des plans d'actions régionaux et des dispositifs décidés paritairement ne garantit pas nécessairement la bonne prise en compte de la politique nationale de santé.

[203] Or comme en dispose l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, si « la Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun » (...), la politique de santé relève de la responsabilité de l'État ». **Cette politique de santé, comprend outre « la prévention individuelle et collective », « l'organisation des parcours de santé », « la promotion des activités de formation, de recherche et d'innovation dans le domaine de la santé⁸⁴ » et « l'adéquation entre la formation initiale et continue des professionnels de santé et l'exercice de leurs responsabilités »⁸⁵.**

⁸⁴ 9° de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique

⁸⁵ 10° de l'article L. 1411-1 du code de la santé publique

3.3.2 Un plan d'orientations nationales de formation, dont la mise en œuvre est déconcentrée et suivie nationalement avec l'État est à privilégier

- **Une méthode d'élaboration qui doit laisser place aux initiatives locales, sans négliger le suivi national**

[204] Afin d'éviter les écueils évoqués *supra*, la mission suggère la méthode suivante :

- la remise par l'État d'orientations nationales en nombre réduit, les orientations portant sur des enjeux et des objectifs, les outils de mise en œuvre devant être construits et adaptés par les établissements et/ou l'ANFH. Le peu d'efficacité constaté des AFN, amène la mission à proposer la fixation par la DGOS d'un cadre d'objectifs nationaux plus ciblés (stratégies du système de santé, enjeux RH globaux, grandes priorités, ...) et à laisser aux ANFH régionales et aux ARS le soin de décliner des formations avec les établissements. Afin de conforter la dynamique à initier dans les établissements, l'incitation à engager leurs agents à suivre ces formations peut figurer dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés avec les agences ;
- leur débat avec les partenaires sociaux de l'ANFH et de l'AP-HP (principal établissement non adhérent à l'ANFH), afin d'enrichir ou de préciser certaines orientations ;
- la traduction du plan dans un pilotage opérationnel, qui mette au premier plan les délégations régionales de l'ANFH et sollicite l'implication des ARS, si besoin dans un cadre conventionnel.

- **Des orientations qui se traduiraient par des formations complémentaires et par la réorientation des plans de formation des établissements**

[205] Compte tenu des montants déjà consentis au titre de dépenses obligatoires, ces orientations nationales pourraient se traduire à la fois :

- par l'élaboration et l'achat de nouvelles formations (« plan d'actions » selon le sens des accords du Ségur), à un niveau à déterminer par le CA de l'ANFH : soit au niveau national pour limiter le nombre de pouvoirs adjudicateurs, soit au niveau régional pour des achats plus ciblés. Ce mécanisme se substituerait aux AFN ; se pose alors la question d'un financement complémentaire par l'État ou les ARS ;
- par l'identification de formations déjà existantes ou à adapter par les établissements ou les GHT, financées dans le cadre du plan de formation (2,1 %) ou d'autres fonds et répondant déjà à ces objectifs. L'enjeu est ici d'indexer ces informations et d'organiser des remontées de données, afin d'obtenir une visibilité nationale de la mise en œuvre des orientations stratégiques. Un développement informatique devrait permettre d'identifier dans le SI liant l'ANFH aux établissements la réponse à un de ces objectifs. Un code au moment des demandes de prise en charge adressées par les établissements s'agissant du plan de formation serait ainsi nécessaire.

- **Le besoin en financement**

[206] S'agissant du financement d'achats additionnels de formation, la mission préconise de manière conjoncturelle l'usage des excédents probables de l'ANFH à la fin de l'année 2021. Le montant de ces excédents ne peut être anticipé à la date de rédaction de ce rapport, compte tenu des incertitudes tant sur le niveau de consommation des plans de formation par les établissements que sur l'usage des mécanismes de lissage des dépenses sur plusieurs exercices adoptés par l'ANFH. La mission considère que l'arrêt de certaines dépenses, contestées par ailleurs, tels que le programme

« transformation de la formation » ou de la mise en œuvre du projet de « contribution Covid ANFH » doivent permettre de dégager des marges de manœuvre pour un plans d'actions formation en 2022. Conformément aux règles de fonctionnement de l'ANFH⁸⁶, ces disponibilités excédentaires gagnent à être mobilisées pour des actions de formation au profit des agents hospitaliers, l'année suivante. La maquette financière de l'ANFH (au-delà du cadre comptable) doit permettre d'isoler ces fonds à l'occasion de la préparation du budget 2022 ou de son actualisation.

[207] La mention de ce plan d'actions national dans des accords de Ségur cosignés entre l'État et des organisations représentant les chefs d'établissements et les agents publics n'emporte pas nécessairement une contribution financière de ce dernier.

[208] Cependant, la participation de l'État, notamment au niveau régional, permettrait d'alimenter la conception et le suivi du plan compte tenu de la politique de santé. Des engagements financiers des ARS sur le fonds d'intervention régionale (FIR) seraient donc souhaitables. Ils pourraient se porter non sur les formations elles-mêmes mais sur des moyens d'ingénierie, d'animation ou d'investissement complémentaires, voire sur une partie de la rémunération.

- **La question des autres établissements non adhérents de l'ANFH au titre de l'agrément du plan de formation**

[209] Le cas de ces établissements⁸⁷ doit être traité pour préserver une équité d'accès aux formations et un caractère national au plan. À ce titre, deux solutions sont notamment envisageables :

- une simple obligation à s'inscrire dans les axes prioritaires du plan national dans le cadre du plan de formation de l'établissement non mutualisé, sans fonds additionnels. Cette obligation pourrait être suivie à travers le rendu annuel déjà prévu en termes d'exécution. Elle serait facilitée par la modification d'un arrêté ministériel qui précise le modèle du rapport annuel d'exécution des actions de formation, pour y inclure la réponse à cet objectif (avec éléments chiffrés et qualitatifs)⁸⁸ ;
- l'autorisation pour les agents concernés à participer à une formation identifiée comme incluse dans le plan, moyennant reversement par l'établissement des frais pédagogiques et de frais de gestion (à l'ANFH, personne responsable du marché).

3.3.3 La mission préconise de définir des orientations nationales pour le développement des compétences des établissements de la fonction publique hospitalière.

[210] Les orientations nationales ont vocation à répondre à trois critères :

- le potentiel transformateur. Les orientations nationales ont vocation à accompagner, voire à accélérer, quand la formation constitue un outil pertinent, les logiques de transformation à l'œuvre dans le cadre de la stratégie nationale de santé (« ma santé 2022 » et/ou tout autre document complémentaire à venir) ;

⁸⁶ Si les disponibilités financières figurant à l'actif du bilan de l'organisme paritaire collecteur agréé au titre d'un exercice donné excèdent le montant des charges comptabilisées au cours du même exercice, cet excédent doit être affecté avant le 30 juin de l'exercice suivant au financement d'actions de formation au bénéfice des agents de la fonction publique hospitalière. À défaut, cet excédent doit, avant la même date, être reversé au fonds pour l'emploi hospitalier institué par l'article 14 de la loi du 25 juillet 1994 susvisée.

⁸⁷ En 2019, 96,8 % des établissements concernés sont adhérents à l'ANFH pour la mutualisation du plan de formation.

⁸⁸ Arrêté du 18/02/10 définissant le modèle du rapport annuel d'exécution des actions de formation mises en œuvre au sein des établissements énumérés à l'article 2 de la loi no 86-33 du 9/01/1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la FPH.

- la recherche de l'attractivité des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, dans un contexte concurrentiel.
- la transversalité. Les orientations nationales doivent viser un grand nombre de professionnels et d'établissements variés. Si le renforcement de la spécialisation technique, dans chaque discipline ou métier, constitue un enjeu permanent, celui-ci doit pouvoir être couvert par chaque établissement, dans le cadre du plan de formation et les obligations de DPC pour les professionnels de santé.

[211] La mission fait ici quelques propositions type d'orientations nationales, au nombre de trois, afin d'illustrer son propos, et d'amorcer les échanges qui pourraient intervenir entre les parties prenantes

- **Orientation 1 : l'adaptation des prises en charge au grand âge, dans tous les aspects du système de santé**

[212] Le grand âge en tant que tel nécessite un accompagnement accru⁸⁹. Les établissements de la fonction publique hospitalière visent à accompagner les agents dans l'acquisition et la consolidation de compétences, de pratiques voire de réflexes adaptés. Il s'agit de traduire les enseignements du rapport « grand âge autonomie »⁹⁰, pour « engager une montée en compétence de l'ensemble des professionnels du grand âge dans une perspective d'amélioration de la justesse relationnelle de l'intervention » et d'agir sur le risque de rupture à l'issue de l'hospitalisation (...) et de faire évoluer l'établissement dans son ensemble afin de le rendre bienveillant pour la personne âgée ».

[213] La nécessité de prendre en compte le grand âge n'est pas une orientation nouvelle, ni originale⁹¹. La CNSA a conclu avec l'ANFH des partenariats financiers annuels depuis 2005, qui ont permis notamment de former des auxiliaires en soins de gérontologie entre 2010 et 2018⁹², et, depuis 2018, d'encourager des actions de professionnalisation à destination surtout des établissements médico-sociaux⁹³. Selon les chefs d'établissements et les agents publics rencontrés, l'effort doit être poursuivi car la traduction en termes de formations et de pratiques reste très hétérogène dans les établissements.

[214] La mission a identifié à l'occasion de ses déplacements des actions, non spécifiques aux EHPAD, qui peuvent être citées à titre d'illustration : la formation à la création d'une permanence de compétences gériatriques ; l'accompagnement à l'organisation d'équipes mobiles pluridisciplinaires associant psychiatrie et gériatrie et des équipes mobiles de rééducation ; le partage d'expertise sur les interventions au domicile des personnes âgées des professionnels de l'HAD ; la prévention du risque accru de dépendance⁹⁴ ; après passage à l'hôpital, le repérage des personnes âgées fragiles, la préparation et l'organisation des sorties complexes ; de manière générale, des formations en

⁸⁹ DREES, données sur 2011, cf. LIBAULT Dominique, rapport atelier 10 l'hôpital et la personne âgée, février 2018

⁹⁰ LIBAULT, Dominique, rapport de la concertation « grand âge et autonomie », p.94, mars 2019

⁹¹ Pour mémoire, le rapport Libault signalait l'expérience du Québec dont la stratégie ministérielle de la santé 2015- 2020 comporte le déploiement de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (avec un indicateur en % d'établissements ayant implanté l'approche adaptée à la personne âgée) au travers de six composantes (managériales et de pratiques cliniques).

⁹² En 2018, 460 stagiaires (25 en AES, 435 en AS) ont bénéficié de l'accord-cadre ANFH-CNSA sur les ASG, pour 1.5 M€ dont 700 k€ versés par la CNSA

⁹³ 3.9 M€ ont été dépensés par la CNSA en 2020 pour financier des formations qualifiantes à hauteur de 11 % du coût total et des actions de professionnalisation à hauteur de 44 % du coût total, le restant étant dû par l'ANFH, sauf subventions ponctuelles (ARS).

⁹⁴Recommandation de la Haute autorité de santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/prevenir_la_dependance_iatrogene_liee_a_lhospitalisation_chez_les_personnes_agees_-_fiche_points_cles.pdf

psychiatrie et en gériatrie, notamment pour les personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou de Parkinson.

● **Orientation 2 : le développement de la qualité managériale**

[215] Les accords du Ségur de la santé ont replacé au centre des préoccupations la qualité de vie du collectif de travail et permis de se questionner sur l'impact des réorganisations, notamment créées par la loi du 21 juillet 2009 portant *réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*.

[216] Le management hospitalier a évolué dans un contexte de modernisation des établissements qui a bouleversé les modes de fonctionnement et d'organisation ces dernières années : tendance à l'harmonisation des modes de management d'un service à l'autre ; tensions entre les prérogatives des organes de direction, du corps médical et du conseil d'administration pour les établissements de santé, effort de déconcentration des responsabilités aux pôles inachevé ; difficulté persistante de certains professionnels médicaux à s'intégrer dans un collectif de travail...

[217] En tenant compte de l'histoire et de la sociologie des établissements, une recherche de « qualité managériale » peut être encouragée. Peuvent contribuer à cet objectif des formations qui croisent les origines professionnelles, qui permettent d'acquérir des méthodes de travail qui font une place plus grande à la collégialité, à l'interaction entre administratifs et médico-soignants, qui insistent sur l'attention aux agents, tout en assumant la réactivité nécessaire à la gestion des problèmes quotidiens. L'enjeu commun à la plupart des établissements est bien de promouvoir une meilleure animation du travail pour conduire une meilleure qualité des soins.

[218] Depuis 2019, divers travaux ont été conduits dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie « Ma santé 2022 »⁹⁵, afin de renforcer et de mieux reconnaître le management hospitalier, tout en reconnaissant le rôle des représentants de la communauté médicale. L'élaboration en cours d'un guide ministériel d'appui aux bonnes pratiques managériales « Mieux manager pour mieux soigner » en témoigne.

[219] La mission a également pris connaissance des conclusions d'un groupe de travail sur le management hospitalier, réuni courant 2019. Celui-ci a déterminé des compétences socles pour l'exercice d'une fonction managériale à hôpital (cf. annexe XI), quel que le soit le statut ou métier initial. L'identification de ces compétences socles et de paliers éventuels pourrait constituer une référence utile pour évaluer et améliorer les savoir-faire et savoir-être des managers.

[220] Compte tenu des nouvelles dispositions législatives et réglementaires prises s'agissant de la gouvernance à l'hôpital⁹⁶ et des réflexions lancées, la formation constitue un levier qui gagne à être actionné. La mission considère qu'une obligation réglementaire de formations au management n'est pas une solution adaptée : elle instaurera un sas relativement homogène car normé par les textes, avec le risque de ne pas tenir compte des acquis préalables des agents et des contraintes particulières de leurs fonctions. Par ailleurs, elle générera, à montants financiers globaux inchangés, un

⁹⁵ En témoigne le groupe de travail lancé le 26 mars 2019 sur le management hospitalier et piloté par Philippe Charpentier, secrétaire général du CHRU de Lille, associant des représentants des conférences de directeurs et de présidents de CME, des organisations syndicales de praticiens, la FHF, l'AFDS, l'ADH, l'EHESP et le CNG.

⁹⁶ Nomination des chefs de service par décision conjointe du directeur d'établissement et du PCME, après avis du chef de pôle, définition législative du service de soins en tant qu' « échelon de référence en matière d'organisation, de pertinence, de qualité et de sécurité des soins, d'encadrement de proximité des équipes médicales et paramédicales » (article 22), possibilité de dérogation, et sur décision du directeur et du président de la CME à certaines règles relatives à la gouvernance des établissements de santé, dans des conditions à préciser par voie réglementaire (article 29).

rééquilibrage du plan de formation des établissements vers les catégories A, au contraire des objectifs visés par les accords du Ségur de la santé.

[221] A partir des compétences socles, une obligation de *positionnement* sur une grille nationale indicative pourrait à l'inverse être créée, chaque encadrant pouvant, par un test en ligne, identifier ses atouts et ses points de progrès et dans un deuxième temps, se voir proposer des formations complémentaires. Un tel système pourrait être promu par voie réglementaire.

[222] Par ailleurs, les établissements pourraient être aidés à repérer les prestataires les mieux à même de prendre en compte les spécificités du contexte du management hospitalier. Une forme de référencement des prestataires pertinents permettrait d'orienter le marché et d'aiguiller les établissements. Sans aller jusqu'à l'attribution d'un label dont l'instruction est lourde administrativement, une plate-forme de l'ANFH pourrait permettre aux organismes de recenser les caractéristiques de leurs programmes en fonction des attendus spécifiques au management hospitalier et de recueillir les avis et questionnaires de satisfaction des stagiaires.

● **Orientation 3 - l'accélération du tournant numérique dans le système de santé**

[223] Le développement du numérique constitue une opportunité pour offrir aux usagers une prise en charge fluide et adaptée à leurs besoins et moderniser le système de soins. Finalisée le 25 avril 2019, la feuille de route de la *stratégie numérique en santé* vise à intensifier la sécurité et l'interopérabilité des systèmes d'information en santé et d'accélérer le déploiement des services numériques socles, tels que le dossier médical partagé, l'usage des messageries sécurisées de santé ou le déploiement des services numériques territoriaux de coordinations de parcours inscrits dans le programme e-parcours⁹⁷. Par ailleurs, de nouveaux métiers et donc de nouvelles compétences développées par la formation apparaissent : l'intelligence artificielle fait ainsi naître le besoin de traiter des données, de les nettoyer, de les collecter et de les exploiter, ce qui nécessite des compétences informatiques et statistiques nouvelles (métier d'ingénieur des données).

[224] Aujourd'hui, aucun partenariat formel n'existe entre l'ANFH et l'Agence du numérique en santé (ANS). Le nombre de stagiaires en formations recensé sur l'e-santé en 2020 est réduit⁹⁸, dans les plans de formation des établissements. Une plateforme de vidéos en ligne et de tutoriels a été mise en place par l'ANS sur les grands enjeux de la e-santé comme sur des sujets plus techniques, telle la politique générale de sécurité des systèmes d'information de santé, le cadre juridique de la e-santé, le programme Simphonie (échanges entre hôpitaux et complémentaires santé) ou la découverte du portail de signalements des effets sanitaires indésirables graves. Pourtant, plusieurs offreurs rencontrés ont signalé à la mission la sous-utilisation des logiciels notamment ceux sur le dossier du patient, pour lequel une petite partie des fonctionnalités et des requêtes possibles sont utilisées. Les tutoriels en ligne ou les temps de formation embarqués avec les prestations informatiques proposées par les fournisseurs de logiciel sont souvent insuffisants pour s'assurer de l'appropriation des outils et maximiser leur usage.

⁹⁷ Le programme e-parcours a pour objectif de développer et déployer un bouquet de services numériques pour la coordination entre professionnels au service du patient, dans un cadre urbanisé, en conformité avec le schéma cible global pour l'architecture du système d'information de santé. Ce bouquet de services devra s'intégrer aux référentiels et fonctions socles (sécurité, interopérabilité, usage de l'Identifiant National de Santé - INS, authentification, identité, annuaires) et sera coordonné avec les services socles que sont le DMP, l'espace de confiance MS Santé, et la e-prescription.

⁹⁸ 78 stagiaires formés selon l'extraction transmise par l'ANFH, sous réserve du bon renseignement des établissements. En particulier, une rubrique informatique/généralités pouvait être utilisée

[225] S'agissant d'un enjeu national, porté par de grands programmes nationaux, une impulsion nationale doit permettre d'anticiper ces besoins de formation, en tenant compte du déploiement progressif des démarches et outils nationaux, mais aussi d'accompagner la création de solutions numériques locales, notamment soutenues par les ARS et les groupements régionaux pour le développement de l'e-santé (GRADES).

- **En complément, des modalités particulières de formation peuvent être impulsées par le plan d'action**

[226] Parmi ces modalités, en écho aux problématiques de cloisonnement évoquées *supra* et à la stratégie « Ma santé 2022 », la conception comme le déroulement des actions de formations doivent permettre de fédérer une communauté de professionnels autour du patient. Dans cette perspective, le développement de formations pluriprofessionnelles, intégrant la participation de médecins et de non-médecins, pour travailler sur les articulations entre les différentes observations répond à l'hyperspécialisation, l'interdépendance de plus en plus constatée dans le parcours de santé. À cet égard, des formations communes au plan de formation des paramédicaux et au plan de formation continue des médecins pourraient être développées. Des formations conjointes entre l'ANFH et l'OPCO santé, l'OPCO cohésion sociale ou l'OPCO des entreprises de proximité, pourraient aussi être développées pour favoriser des coopérations entre établissements publics et privés ou libéraux, en appui notamment du développement de l'exercice coordonné de certains professionnels.

[227] Enfin, l'action de formation en situation de travail (AFEST) gagne aussi à être promue. Dans le cadre des établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux, ce format exigeant est bien adapté à certaines problématiques du système de soins : la nécessité de travailler sur les organisations, et dans ce cadre sur les interactions entre professionnels, dans un contexte changeant, l'importance de la réalisation de certains gestes techniques ou postures professionnelles *in situ*, la traduction effective possible des résultats de la formation dans un cadre collectif. Des agents, notamment de catégorie C, rétifs au format académique de certaines formations peuvent y trouver un intérêt particulier. Le développement de l'AFEST nécessite cependant une impulsion de l'ANFH pour accroître les expérimentations, faciliter l'ingénierie et évaluer des bénéfices, qui ponctuellement, ont pu être significatifs comme le révèle l'exemple du CHU de Nancy (cf. annexe XII).

Recommandation n°6 A la faveur des orientations nationales, promouvoir les formations interdisciplinaires et pluriprofessionnelles et encourager les actions de formations en situation de travail

3.3.4 À moyen terme, le degré d'intervention de l'État en matière de formation des agents de la fonction publique hospitalière est questionné

[228] L'adaptation et la transformation des compétences des agents hospitaliers constituent un levier majeur de transformation du système de santé, système dont l'État est garant de l'efficacité globale. En effet, l'État est bien responsable de la politique de santé⁹⁹. Or, en matière de formation continue, les leviers dont il dispose paraissent aujourd'hui insuffisamment directs. Le dispositif des actions de formation nationale est relativement marginal en volume et ne permet pas d'effet d'entraînement (cf. 2.3.3.2). Au-delà des AFN, des dispositifs d'accompagnement de l'impact des réformes sont décidés par le CA de l'ANFH, mais dépendent des accords trouvés ou pas entre partenaires sociaux, sans que l'État ne maîtrise la cible ou le cahier des charges. La convention d'objectifs partagés, signée entre l'ANFH et l'État, dont l'élaboration s'est étalée entre 2017 et 2020,

⁹⁹ Article L. 1411-1 du code de la santé publique

revêt un caractère non contraignant. Si elle constitue un progrès en termes de convergence de points de vue et de coordination des actions, elle ne permet pas à l'État de peser suffisamment sur les orientations et le fonctionnement interne d'une association, au demeurant très déconcentrée, telle que l'ANFH.

[229] La mission considère que l'accentuation du rôle de l'État dans le respect d'une gestion paritaire de la formation des agents est cohérente avec les évolutions récentes en matière de formation professionnelle dans le secteur privé. Quel que soit le terme utilisé (OPCA ou opérateur de compétences), une refonte des textes relatifs à l'ANFH est nécessaire et plusieurs voies sont possibles, en fonction du degré d'ambition choisi :

- Par voie législative, de revoir l'objet de l'opérateur afin de préciser ses missions en termes de prise en compte des orientations nationales touchant à la politique de santé et les résultats attendus ;
- De préciser par voie réglementaire la nécessité d'une convention d'objectifs et de performance (COP) pour formaliser la délégation de gestion de service public à l'ANFH et réviser les objectifs à atteindre et les moyens à mettre en œuvre à une périodicité régulière. Un mécanisme de sanction financier (minoration des frais de gestion) existe aujourd'hui pour les OPCO en cas de non-signature de la convention ;
- Ce COP pourrait fixer des orientations s'agissant de l'usage des fonds des plans de formation mutualisés au niveau national ou régional, en lien avec les ARS. De portée nationale, la convention et ses objectifs gagneraient en effet à être déclinés en contrats internes avec les délégations régionales et l'ARS ;
- **Ou** de prévoir par voie réglementaire, un accord entre l'État et les partenaires sociaux gestionnaires de l'ANFH, pour l'usage des fonds mutualisés nationalement à partir du plan de formation des établissements. Le périmètre de ces fonds relève *a minima* des 5,9 % mutualisés pour les frais de gestion, les dispositifs nationaux de formation, d'animation et peut jusqu'à inclure le fonds CPF/FQ (7,1 % en plus). Le financement d'actions additionnelles de formation au niveau national, leur volume et leur ciblage seraient convenus entre l'État, responsable de la politique de santé et les représentants des établissements et de leurs agents ;
- de créer par voie réglementaire un commissaire du gouvernement au sein de l'ANFH (à l'instar de ce qui existe pour les opérateurs de compétences depuis 2019). Celui-ci, de fait sans disposer d'un pouvoir délibératif, serait chargé de veiller au respect des textes et disposerait d'un pouvoir d'interpellatif et de rendre effective l'intervention du contrôle économique et financier¹⁰⁰.

Recommandation n°7 Doter l'État de nouveaux leviers d'actions conformes à ses responsabilités en matière de contribution de la formation à la politique nationale de santé :

- soit en créant une convention d'objectifs et de performance entre l'État et l'ANFH, pour suivre la stratégie d'action et les moyens engagés

- soit en instaurant réglementairement l'obligation d'un accord entre l'État et les partenaires sociaux pour l'usage de tout ou partie des fonds nationaux mutualisés à partir du plan de formation

¹⁰⁰ Prévus à l'article 14 du décret du 22 décembre 2006 relatif aux conditions d'agrément et de fonctionnement des organismes paritaires collecteurs des contributions versées par les employeurs au titre de la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière.

Recommandation n°8 Substituer aux actions de formation nationales la mise en œuvre d'un cadre national d'orientations, concrétisé par des actions de formations construites par les délégations régionales de l'ANFH, avec l'appui des ARS. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements pourront intégrer l'incitation à suivre ces formations

La question de l'adhésion obligatoire à l'ANFH, notamment pour l'AP-HP

De l'ordre de 97 % des établissements sont adhérents à l'ANFH. La lettre de mission a posé la question du passage à une obligation d'adhésion pour la gestion du plan, représentant 2,1 % de la masse salariale de chaque établissement. L'ensemble des établissements cotise de façon obligatoire pour les études promotionnelles (0,6 %), le DPC des professions médicales, le CFP, la VAE et les bilans de compétences (0,2 %). La mission ne voit aucun bénéfice particulier à imposer aux quelques établissements restants une adhésion obligatoire à l'ANFH, dont ils doivent trouver par eux-mêmes l'intérêt, pour dépasser souvent une situation héritée de l'histoire. Une adaptation à une situation particulière en Ile-de-France semble satisfaire les parties prenantes. L'AP-HP a développé avec un grand nombre de professionnels des services internes de formation et a construit un système dynamique. Le bénéfice pour les agents de l'adhésion à l'ANFH de l'AP-HP ne paraît pas avéré. En revanche, des partenariats pourraient être établis de façon plus formelle, afin de s'assurer de la complémentarité des services offerts, du partage de certaines innovations et de l'ouverture réciproque de l'accès aux formations.

3.4 Renforcer l'efficacité des études promotionnelles

[230] La possibilité pour un agent de suivre une formation professionnelle diplômante (dite Etudes promotionnelles : EP) tout en étant toujours rémunéré par son établissement qui, par ailleurs, se propose de le nommer sur un poste correspondant à sa nouvelle qualification est une mesure unique par son ampleur dans la fonction publique. Le chiffre annuel dans la FPH est supérieur à 17 000 professionnels en cours d'étude depuis 2016¹⁰¹.

[231] Pour autant, sans que le nombre en soit connu, de nombreux interlocuteurs¹⁰² ont indiqué à la mission des situations fréquentes de refus de demandes par les établissements, de rejet de pallier cette réponse négative par le niveau régional au-delà des capacités mutualisées, de recherche de financement personnel (prêt bancaire, démission pour accompagnement par Pôle Emploi) ou, en conséquence, d'abandon par autocensure.

[232] Comme indiqué en 3.1, l'amélioration de l'attractivité des métiers de la FPH se traduit par un engagement d'accompagnement tout au long de la vie professionnelle, le parcours. Au centre de cet engagement, la promotion soutenue et accompagnée doit concrétiser, plus qu'aujourd'hui, la volonté de la puissance publique.

3.4.1 Permettre à un plus grand nombre d'agents d'accéder aux études promotionnelles sur des métiers en tension

[233] Les agents souhaitant s'engager dans une promotion professionnelle, et en poste dans l'établissement peuvent avoir préparé et réussi le concours d'entrée sans avoir été choisis préalablement par cet établissement. Des agents peuvent donc être sélectionnés, mais ils ne suivront pas la formation car elle ne sera pas financée par leur établissement et ils ne seront pas non plus rémunérés au long de celle-ci. L'ampleur de ce phénomène, cité par la quasi-totalité de nos

¹⁰¹ Il a même été de plus de 19 000, auparavant, en 2009 et 2010 par exemple

¹⁰² Entretien avec les délégués de 4 régions, des chefs d'établissement, les organisations syndicales siégeant nationalement ou non

interlocuteurs, est difficile à déterminer. La mission a pu avoir connaissance de la situation d'un seul CHU pour lequel une trentaine d'agents par an était refusée au financement entre 2018 et 2021¹⁰³. En extrapolant la base du vivier des seuls CHU, plus d'un millier d'agents pourrait être concerné nationalement les premières années.

[234] Il y a ainsi un paradoxe à refuser le financement et la rémunération d'agents « reçus » alors qu'il s'agit d'un métier en tension, au niveau local voire national.

[235] Pour faire converger ces candidatures hors procédure d'établissement et les besoins envisagés de façon plus large qu'au niveau de chaque établissement, il est proposé de rendre possible la formation de ces derniers candidats reçus sous conditions, notamment de mobilité.

[236] Il apparaît possible de garantir une formation et une affectation « post-formation » dans un autre établissement au périmètre fixé d'un territoire. Si l'ANFH a mis en place un dispositif pour « agent sans poste » depuis 2018, celui-ci reste d'un recours marginal. Le comité régional stratégique de chaque délégation étudie individuellement les dossiers présentés à la demande des établissements et non des agents.

[237] Il est proposé que tout agent reçu ou sélectionné pour une formation jugée prioritaire en étude promotionnelle, bénéficie, soit d'une prise en charge classique par son établissement d'origine, soit en cas de refus de l'établissement, d'une gestion mutualisée lui permettant de suivre sa formation en étant rémunéré et en ayant la certitude en cas de réussite d'une prise de poste dans son nouveau grade dans un établissement de la FPH.

[238] Ainsi, deux tours se succéderaient quant à la prise en charge des agents :

- à l'initiative de l'établissement pour un agent agréé par sa direction, dans le cadre habituel des EP selon les règles et pratiques de l'ANFH ;
- Pour les agents non agréés par leur établissement et reçus dans une formation qualifiante pour une liste de diplômes prioritaires conduisant à un métier en tension, éventuellement fixée par région.

[239] Deux hypothèses de travail sont envisageables :

- Première option

[240] Les agents reçus à une formation diplômante prioritaire mais non pris en charge par leur établissement sont systématiquement soutenus en EP par le niveau régional de l'ANFH. S'ils signent un engagement de servir auprès de leur établissement¹⁰⁴, ils ne bénéficient pas de l'assurance d'occuper un poste correspondant à leur nouveau grade dans leur établissement d'origine à l'issue de leur scolarité. Ils sont informés que leur prise de poste se fera probablement à l'extérieur de leur établissement. Pendant la durée de leurs études, ces agents sont rémunérés par leur établissement

¹⁰³ Il s'agit du CHU de Grenoble : 34 en 2018, 32 en 2019, 34 en 2020, 31 en 2021 n'ont pu être financés dans le cadre d'une EP. Près de la moitié des agents sont candidats au diplôme d'IDE sur la dizaine de métiers concernés, la quasi-totalité de ces métiers étant en tension. Ces agents ont déposé des dossiers de prise en charge auprès de l'établissement ; ce volume de candidats peut être sous-évalué, si d'autres candidats se sont présentés en IFSI sans contacter à un moment donné l'établissement.

¹⁰⁴ Article 9 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 : « Lorsque, à l'issue d'une formation prévue au 4° de l'article 1er, l'agent qui a été rémunéré pendant sa formation obtient l'un des certificats ou diplômes lui donnant accès aux corps, grades ou emplois mentionnés par arrêté du ministre chargé de la santé, il est tenu de servir dans un des établissements énumérés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 modifiée susvisée pendant une durée égale au triple de celle de la formation, dans la limite de cinq ans maximum à compter de l'obtention de ce certificat ou diplôme. ».

d'origine. Les postes ne doivent pas être considérés comme faisant partie du plafond d'emplois de l'établissement, notamment en cas de contrat de retour à l'équilibre financier.

[241] Une bourse des emplois disponibles dans le grade concerné est créée à l'échelle du territoire, de la région voire au-delà. L'ANFH pourrait la gérer, en lien avec l'ARS.

- Deuxième option

[242] Il est proposé que l'agent de l'établissement reçu pour suivre la formation alors même qu'il n'avait pas été choisi initialement par son employeur soit en mis en position de *détachement* auprès d'un groupement de coopération sanitaire (GCS), par exemple à l'échelle régionale ou d'un GHT. Ce GCS assurerait la rémunération de l'agent, celle-ci étant remboursée par l'ANFH.

[243] Afin d'éviter des désorganisations dans les établissements employeurs d'origine de ces agents, un droit d'opposition à la demande de détachement pour départ en formation, serait permis à l'établissement (le détachement de l'agent ne serait donc pas sans condition). Toutefois, l'opposition ne pourrait être valable que pour une année.

[244] La position de détachement proposée est celle du fonctionnaire placé et continuant à bénéficier de ses droits à avancement et retraite. Cette position est d'ores et déjà prévue dans la FPH par la réglementation soit auprès d'un groupement de coopération sanitaire ou d'une ARS, par exemple.

[245] A l'issue de la formation, un agent pourrait donc :

- mettre fin à son détachement et réintégrer son établissement si celui-ci l'accueille,
- être nommé dans l'un des établissements appartenant au GHT,
- prendre un poste dans un autre établissement de la FPH, avec l'appui de la bourse des métiers si nécessaire.

[246] L'absence de poste de sortie correspondant à la nouvelle qualification acquise par l'agent est très peu probable, compte tenu des tensions fortes sur les recrutements. Le détachement cesse à la fin de la formation et l'agent devrait être repris par son établissement, à titre transitoire, dans le cadre d'un mécanisme règlementaire à créer¹⁰⁵.

[247] Pour les deux options, il serait mis fin au remboursement *au forfait* à l'établissement des agents concernés pendant le temps de la formation. L'ANFH rembourserait les agents en études promotionnelles à l'établissement (1ère option) ou au groupement (2ème option) au coût réel.

[248] Par ailleurs, l'impossibilité actuelle de cerner le volume budgétaire représenté par l'élargissement des EP incite à proposer une expérimentation sur quelques régions volontaires et prioritaires (notamment auprès de GHT intéressés dans l'option 2). Elle nécessiterait une concertation avec divers acteurs, dont les établissements de formation, les universités (cf. pièce jointe 1) et les régions. Celles-ci pourraient être impactées au titre de leur responsabilité du financement du fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, en cas d'accroissement significatif des capacités.

¹⁰⁵ Pour des agents refusant *in fine* tout poste et toute mobilité, le dispositif de mise en disponibilité faute de poste dans l'établissement d'origine pourrait être actionné, cf. décret n°88976 du 13 octobre 1988 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires hospitaliers, à l'intégration et à certaines modalités de mise à disposition

[249] La mise en perspective du coût moyen sur une année d'une étude promotionnelle montre qu'elle revient à moins de 22 000 €/an¹⁰⁶. Après avis de la direction de l'ANFH, ce chiffre a été porté à 25 000 € pour les années prochaines¹⁰⁷.

[250] De manière conjoncturelle, l'ANFH a fait connaître sa décision de restituer une partie des cotisations non dépensées sur le plan en 2021 pour une estimation variant de 27 M€ à 101 M€¹⁰⁸. Une somme comprise entre 30 et 40 M€ paraît raisonnable ; cette somme, qui pourrait constituer un excédent ponctuel de l'ANFH à fin 2021, gagnerait à être utilisée pour l'accroissement des EP, plutôt que restituée aux établissements.

[251] De manière pérenne, une révision des textes législatifs et réglementaires pour accroître le taux de fonds mutualisés pour les EP serait nécessaire. L'objectif pourrait être de geler au niveau de 2019 les montants du plan de formation, pour neutraliser l'effet de l'augmentation de la masse salariale. La hausse des ressources issues de l'ensemble des cotisations s'élève à + 4,7 %, en 2020, soit + 26,76 M€ au titre du plan et de + 8,24 M€ au titre du FMEP (cf. annexe IV-7). Afin de bénéficier durablement de 26 M€ en plus pour les EP, au titre du Plan, la cotisation sur le plan de formation devrait être revue à 2 % au lieu de 2,1 % et la cotisation pour les EP accru à 0,7 %. Pour rappel, cette somme n'entraînerait pas de diminution en valeur absolue du montant du plan de formation sur la base de 2019. Cette même année, un résultat de 13 M€ avait été dégagé sur le compte mutualisé de l'ANFH au titre de l'agrément du plan de formation. Dans cette hypothèse de réajustement des taux, de l'ordre de 1 400¹⁰⁹ agents en formation en EP supplémentaires seraient financables chaque année par rapport à 2019 et de manière pérenne¹¹⁰.

Recommandation n°9 Garantir, pour les métiers en tension, la prise en charge des études promotionnelles pour les agents reçus à l'entrée aux formations qualifiantes, mais non financés par leur établissement. Utiliser à cette fin la marge de l'augmentation de la masse salariale depuis 2020 pour ventiler 0,1 % des cotisations des établissements au plan vers le FMEP

3.4.2 Limiter l'impact de l'augmentation des charges de personnel créée pour favoriser les départs en études promotionnelles

[252] Le départ en étude promotionnelle, pourtant compensé financièrement, par le versement des frais équivalent au traitement de l'agent par l'ANFH (souvent sur un montant forfaitaire) constitue budgétairement une augmentation du titre 1 relatif aux charges de personnel du budget d'un établissement de santé. En effet, l'agent parti en formation (11 mois pour un aide-soignant, 3 ans pour un infirmier) est toujours comptabilisé dans le tableau d'emplois de l'établissement et dans sa masse salariale. Or, la pression à la baisse des charges de personnel s'exerce principalement par l'appréciation de l'évolution de ces deux indicateurs, qui sont les principaux leviers de pilotage de l'ARS des établissements en difficulté financière.

[253] S'agissant de la masse salariale, l'instruction ministérielle relatif au cadre comptable des établissements de santé prévoit bien un compte 6419 relatif au remboursement sur rémunérations du personnel non médical, au sein du compte 64 relatif aux charges de personnel. Ce compte 6419,

¹⁰⁶ 2018 : 21 310 € ; 2019 : 21 738 € ; 2020 : 20 966 €. Source : RAPPORT SUR LES ETUDES PROMOTIONNELLES – Exercice 2020 ANFH (calcul par la mission budget total dépensé annuellement divisé par le nombre de stagiaires de l'année)

¹⁰⁷ Prise en compte, notamment, de l'inscription des aides-soignants en catégorie B.

¹⁰⁸ Selon une note de l'ANFH du 8 juillet 2021, le taux d'évolution de la collecte prévisionnelle pour cette année est estimé à +7 % pour tenir compte du réalisé constaté sur les 5 premiers mois de l'année.

¹⁰⁹ 26 766 000 € : 25 000 = 1070 pour le plan et 8 234 000 € : 25 000 = 330 pour le FMEP.

¹¹⁰ A noter que, du fait de non dépenses sur le Plan 2020 et de la progression des cotisations 2020, l'ANFH a pu conjoncturellement augmenter le nombre des stagiaires en EP de 1 364 (cf. tableau 12).

dont la vocation est de retracer les atténuations de charges, est crédité des remboursements sur rémunérations effectués par le personnel et des indemnités journalières versées quand l'établissement est subrogé dans les droits de l'agent. C'est le cas de l'ANFH. Toutefois, le mode de remboursement de l'ANFH dans bien des délégations (ex : PACA) est forfaitaire, alors que l'instruction prévoit explicitement de ne prendre en compte que les remboursements à l'euro (compensation), tous les remboursements à caractère forfaitaire sont assimilés à une subvention ou à une participation (financement) et doivent être imputés au compte 74. Par conséquent, le mode de remboursement de l'ANFH (forfaitaire par agent et type de formation) ne permet pas de procéder à une atténuation de charges sur la masse salariale. Une évolution de la nomenclature comptable pourrait être envisagée, elle relève d'un arrêté ministériel.

[254] Toutefois, même si les charges de personnel du titre 1 se trouvaient atténuées du montant des remboursements perçus par l'ANFH, un suivi du plafond d'emplois en ETP travaillés suffit à freiner les départs en études promotionnelles, notamment pour les établissements engagés dans un plan de redressement. Les instructions ou guides des procédures¹¹¹ sur le sujet ne mentionnent pas la limitation des départs en études promotionnelles parmi l'inventaire des mesures à examiner pour réduire les charges de personnel.

[255] Si l'esprit de la supervision financière de l'ARS est bien l'analyse des grands équilibres financiers et la sincérité de la prévision budgétaire, le volume des agents partant en études promotionnelles ne doit pas constituer une difficulté, compte tenu des frais de traitement qui couvrent cette dépense. De fait, la qualité du dialogue existant entre établissements et ARS permet très régulièrement d'éviter cet écueil, mais parfois les réticences se situent dans le dialogue interne à l'établissement entre DRH et direction des finances. Il est à noter que le montant des frais de traitement de l'ANFH est d'ailleurs calculé sur un agent en milieu de carrière, alors que le remplacement peut s'effectuer avec un agent en début de carrière, moins coûteux, ce qui peut générer un différentiel au profit de l'établissement.

[256] D'après les entretiens conduits, cette problématique ne se retrouve pas pour les établissements médico-sociaux, la part des départs en formation, y compris longue, est identifiée dans le cadre du dialogue de gestion du CPOM avec l'ARS et le conseil départemental.

Recommandation n°10 Neutraliser la prise en compte des agents en études promotionnelles, dans la masse salariale des établissements, par une prise en compte des frais de traitement reversés par l'ANFH dans le périmètre des remboursements sur rémunérations du personnel (compte 6419)

3.4.3 Donner un cadre clair à la rémunération des personnels en cours d'études promotionnelles

[257] À de nombreuses reprises, les organisations syndicales dans le cadre de leur représentation nationale ou régionale ont attiré l'attention de la mission sur la perte de pouvoir d'achat (prise en compte du complément de traitement indiciaire (CTI), de la prime de service, ...) des stagiaires en EP ont souligné d'éventuelles différences de pratiques d'un établissement à l'autre, voire d'une région à l'autre, notamment sur la fréquence des déplacements remboursés entre le lieu de formation et le domicile de l'agent.

¹¹¹ Ministère de la santé, Guide méthodologique d'aide à la négociation, l'élaboration et au suivi des plans de redressement, p.9 – annexé à la circulaire DHOS/F2 no 2008-233 du 16 juillet 2008 relative à l'équilibre financier des établissements de santé. Est simplement évoqué la maîtrise des dépenses de formation, sans viser les EP, dans le respect des obligations de dépense. Les EP ne sont pas mentionnés.

[258] La base de la rémunération de ces agents en fonction de la réglementation est établie par l'article 8 du décret du 21 août 2008, qui spécifie que : « Les agents qui suivent une formation inscrite au plan de formation de l'établissement bénéficiaire, pendant leur temps de travail, du maintien de leur rémunération. Lorsqu'ils ont la qualité de fonctionnaire ils sont maintenus en position d'activité ou, le cas échéant, de détachement¹¹².

[259] Dans les cas prévus aux 3° et 4° de l'article 1^{er}, les agents conservent leur traitement, leur indemnité de résidence et leurs indemnités à caractère familial. Ils conservent les autres indemnités et primes lorsque la durée totale l'absence pendant les heures de service n'excède pas en moyenne une journée par semaine dans l'année. »

[260] Le tableau réalisé par l'ANFH, ci-dessous, résume clairement la situation, y compris quant à l'attention à porter aux agents en CFP de catégorie A et B qui ne touchent, dans ce cas, que 85 % de leur rémunération.

Tableau 14 : Bases des rémunérations des agents en situation d'études promotionnelles

01. POSITION DES AGENTS ET REMUNERATION

	Plan de Formation	Emploi Avenir	CFP Agent cat. A et B	CFP Agent cat. C
Position d'activité	OUI	OUI	OUI	OUI
Traitement	100%	100%	85 %	100%
Indemnité de Résidence	OUI	OUI	OUI	OUI
Supplément Familial	OUI	OUI	OUI	OUI
NBI Nouvelle Bonification Indiciaire	NON	-	NON	NON
Primes	NON	NON	NON	NON

Source : ANFH

[261] Le décret n° 2021-1289 du 1er octobre 2021 précise désormais opportunément que le CTI fait bien partie de la rémunération de base désormais versée aux stagiaires en EP.

[262] Le cas particulier de la prime de service constitue un point d'appel car elle est supprimée aux agents qui s'absentent plus de 52 jours dans l'année au titre de leurs EP. Le troisième alinéa de l'article 8 du décret de 2008 reste sans discussion sur ce point et l'interprétation en est confirmée par les juristes. **Il paraît justifié que les primes liées au présentisme à l'hôpital, aux modes d'activité (travail de nuit ou de dimanche, heures supplémentaires, ect.) ne soient pas versées pendant le temps des EP même s'il est indéniable que leur suppression induit une perte de rémunération habituelle pour certains agents.**

[263] Il serait ainsi opportun que la DGOS publie une instruction de clarification, en ce sens, des bases de rémunération des stagiaires en EP pour les établissements.

¹¹² Par dérogation à l'alinéa précédent, dans le cas prévu au 4° de l'article 1^{er}, les agents conservent le bénéfice de la majoration de traitement et du complément temporaire alloués aux fonctionnaires en service dans les collectivités d'outre-mer, dès lors que cette formation est suivie dans une collectivité d'outre-mer y ouvrant droit.

3.5 Donner davantage d'ampleur à la validation des acquis de l'expérience

3.5.1 Développer l'accompagnement à la VAE

[264] La VAE possède plusieurs avantages : apprendre en parallèle de l'analyse de son expérience passée et présente, en se projetant dans l'avenir. Le parcours oblige à une réflexivité, à une analyse introspective de l'expérience. L'objectif pourrait être (dans le cadre d'une impulsion nationale) de doubler le volume de VAE en cinq ans.

[265] Par ses recommandations, la mission tente de relever le défi qui consiste à libérer la VAE des lourdeurs et des préjugés dans lesquels elle est enfermée, et à lui donner une véritable puissance d'action pour qu'elle devienne un outil de développement des compétences : l'expérience a procuré une compétence.

[266] L'outil évoqué *supra* de *parcours individuel de développement des compétences* des agents pourrait être mobilisé en ce sens. Cet outil permet d'objectiver les actions de formation, d'orientation informelle (auto-positionnement, CEP, ect.) et formelle (lors de l'entretien professionnel couplé à l'entretien de formation) utiles à la VAE, par exemple pour l'expérimentation « REVA ». Ceci permettrait d'une part des parcours plus rapides et administrativement plus légers (oral pour le livret 1 sous forme entretien préalable, pas de documents justificatifs, plate-forme unique, passeport sous forme de compétences (badges) et renforcerait d'autre part l'accompagnement en amont, jusqu'au passage devant le jury (cf. annexe VII).

Encadré 2 : Expérimentation pour un système de reconnaissance-validation-reconnaissance-validation, rythmé par les nécessités du parcours de vie, est appelé Reconnaissance de l'Expérience-Validation des Acquis de cette expérience (REVA)¹¹³

La démarche REVA est imaginée en quatre étapes :

Etape 1. Création d'un compte, d'un portefeuille de compétences dans l'application REVA.

A ce stade précoce, il est envisagé de systématiser un accompagnement, non plus, comme dans la procédure de 2002, à partir du livret 2, mais dès l'amont de la phase de recevabilité (entretien préalable, auto-évaluation avec 2-4 h d'entretien avec certificateur). Les éléments de preuves sont remplacés par des attestations sur l'honneur et le dossier est constitué d'open badges (voir ci-dessous). L'application REVA intervient comme support neutre, diligent et objectif de l'étape de recevabilité.

Etape 2. Après confirmation du diagnostic, le projet est formalisé et la recherche de financement est lancée. Un appui est réalisé tout au long du parcours.

Etape 3. Le dossier d'expérience est rédigé, cette fois avec accompagnement et conseils à la demande.

Etape 4. Est réalisé un entretien avec un jury compétent, formé, professionnel et gratifié, et le résultat est arrêté.

Open badges : c'est un instrument numérique de compétences, qui accompagne l'agent tout au long de son parcours, et qui permet de rendre visibles (et actionnables) des informations relatives aux expériences, réalisations, pratiques, compétences, engagements, valeurs ou aspirations d'une personne, communauté (de pratique) ou organisation.

REVA est pensé comme étant un outil centralisé permettant de disposer, dans un lieu unique, des données pertinentes afin de renforcer, au niveau national, le pilotage de la VAE, d'outiller les certificateurs et d'harmoniser les indicateurs afin d'encadrer l'exercice statistique et d'orienter les politiques publiques de manière efficiente.

¹¹³ Rapport de la mission de préfiguration, de la VAE 2020 à REVA 2021, O Gérard, septembre 2021

La prise en compte de l'évolution de l'acquis expérientiel de l'individu tout au long de la vie, doit passer par des mises à jour régulières, des « rencontres » entre le niveau d'avancement de son acquis expérientiel et le référentiel de compétences de la certification visée. Pour faire coïncider et combler l'écart qui peut exister entre les deux, un besoin de complément de parcours de montée en compétences est parfois nécessaire. C'est le cas de la VAE hybride, largement expérimentée et qui a fait ses preuves.

Le périmètre de l'expérimentation de 6 mois sur les métiers du « care » :

Santé et cohésion sociale : Diplôme d'Accompagnement Educatif et Social (DAES-RNCP 25467) ; Métropole de Lille

Education nationale : BacPro Soins et Services à la Personne (RNCP12301) et Titre Accompagnant en Gériologie (RNCP 35558) ; Toulouse et Montpellier

Individuel : 15 à 20 personnes par titre et diplôme retenu

Collectif : 100 personnes pour Grand âge/soin en intégrant l'AFEST

Recommandation n°11 Inclure le diplôme d'État d'aide-soignant dans le projet expérimental de nouvelle VAE appelé « reconnaissance de l'expérience-validation des acquis de cette expérience » (REVA), afin de valider une démarche d'accompagnement des agents anticipée, simplifiée et renforcée

3.5.1.1 Développer la VAE Hybride

[267] La VAE hybride propose une VAE assortie d'un complément de formation qui permet d'acquérir les compétences nécessaires à une évolution professionnelle. Un diagnostic des compétences manquantes est réalisé en amont de la démarche de VAE et un programme de formation est dès-lors élaboré pour acquérir ces compétences, tout en rédigeant, en parallèle, le dossier de VAE. La formation fait partie de l'expérience qui sera présentée au jury. La VAE hybride permet de ne pas recourir à une VAE partielle qui allonge le parcours.

Encadré 3 : L'expérimentation, en 2020, de VAE collective et hybride pour l'accès au diplôme d'aide-soignant dans dix EHPAD de la Meuse

Face à une pénurie sans précédent de candidatures d'aides-soignants, à l'initiative du groupement de coopération sanitaire et médico-sociale (GCSMS) de la Meuse, avec l'appui de l'Ifas de Verdun, de l'Anfh et du conseil régional, une vingtaine d'ASH des EHPAD de ce département rural a pu devenir aide-soignant grâce à une expérimentation de VAE collective et hybride.

Le projet combine de l'accompagnement individuel (11 heures d'accompagnement) et collectif à la rédaction du livret 1, puis de l'accompagnement pour le livret 2 (24 heures par participant). Pendant l'élaboration du livret 2, deux modules du référentiel (2, 210h et 3, 455h) de formation complets (enseignement, stage et évaluation) sont enseignés aux agents par l'Ifas. Ces modules ont été choisis à partir des cas d'échecs à la VAE repérés antérieurement. Pendant les six mois d'absence pour formation des agents, des demandeurs d'emploi ont été recrutés en tant qu'ASH (CDD) via Pôle emploi (90 % de ceux-ci étaient toujours en fonction en EHPAD après la VAE).

100 % des reçus ont vu leur dossier validé.

En 2021-2022, le dispositif, limité par les capacités d'accueil de l'Ifas, a été reconduit pour 12 agents publics (et des demandeurs d'emploi). L'expérimentation a nécessité un partenariat avec l'ASP, afin d'instruire les demandes de recevabilité en moins d'un mois (au lieu de plusieurs). Le coût total de l'opération est de 15 k€ par agent et par an. L'ANFH prenant en charge le coût pédagogique (3,5 k€), les frais de repas et surtout les frais de rémunération pendant 6 mois des agents partis effectuer les modules complémentaires. Seuls les frais de déplacement étaient à la charge des établissements. En 2020-2021, l'enveloppe « action régionale » de l'ANFH issue du 2,1 % du plan mutualisé a été mobilisée, mais pour 2021-2022, des financements additionnels sont recherchés.

Parmi les conditions de réussite de l'expérimentation, les acteurs ont mis en exergue la capacité d'adaptation de l'Ifas à un public de professionnels, la combinaison d'un accompagnement personnel et d'une stimulation en groupe et la rapidité de traitement des dossiers l'ASP.

3.5.1.2 Développer la VAE en situation de travail (dite inversée) (avec AFEST)

[268] Les publics peu ou pas qualifiés ont des besoins d'accompagnement souvent plus importants, par exemple visant à renforcer certaines compétences.

[269] La VAE inversée permet particulièrement de cibler les candidats éloignés de l'écrit :

- en aidant à la réflexivité avec un tiers facilitateur qui apprend à regarder son expérience et qui permet de la théoriser ;
- en développent le tutorat en établissement pour permettre de transférer le savoir-faire et construire une progression en coordination avec des tiers (Ifas, Ifsi, N+1, responsable de ressources humaines, ect.), d'évaluer la progression du travail et réussir à entretenir la motivation des candidats.

3.5.1.3 Promouvoir la VAE collective

[270] La VAE collective permet d'engager un collectif au sein d'une équipe, d'un service pour donner une dynamique institutionnelle et personnelle, propice à la réussite des agents concernés. La mission a eu connaissance de divers exemples locaux, consistant à accroître le volume d'accompagnement dans une dynamique de groupe.

Encadré 4 : Expérimentation de VAE collective pour le diplôme d'aide-soignant (Bourgogne Franche-Comté)

L'ANFH Bourgogne Franche-Comté, en partenariat avec l'ARS, la direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), le Centre de Rééducation Cardiologique et Pneumologique et la FHF, a expérimenté en 2019 un dispositif de VAE collective pour le diplôme d'aide-soignant.

Pour tenter de répondre aux problèmes de pénurie de personnels Aide-soignant, du *turn-over* élevé, et du fait que 25 % des ASH feraient fonction d'AS dans les EHPAD autonomes de la région, un dispositif expérimental est mis en place, en proposant un accompagnement renforcé et sur mesure, pour répondre aux besoins en compétences et intégrer le VAE dans une démarche globale RH/GPMC. Ainsi 18 agents issus de quatre établissements pilotes, après détermination des besoins individuels et collectifs en amont, ont été accompagnés dès 2019 dans le cadre d'un parcours de 390h, dont 250h d'accompagnement individuel et collectif et 140h de stage permettant la découverte de situations professionnelles peu connues.

Les objectifs étaient l'accompagnement pour la rédaction du livret 2, l'acquisition de savoir et d'expériences manquantes, et la facilitation du lien praxis/analyse réflexive et la préparation au jury. L'expérimentation se poursuit en 2021.

3.5.2 Amplifier l'expérimentation de la Validation des acquis professionnels dans la FPH (VAP)

[271] La validation des acquis professionnels pourrait davantage être utilisée, afin d'organiser des parcours adaptés pour certains agents. Ainsi, les AS, souhaitant devenir IDE pourraient entrer, non pas en première année, mais en deuxième année de cursus, sous condition d'une année préparatoire de rattrapage de modules de formation manquants suivie parallèlement à l'activité professionnelle.

Cela présente l'avantage de reconnaître les compétences acquises par le travail et de réduire la durée de formation ; le coût de la formation en EP serait réduit de 25 % à 30 %. Pour un niveau de dépenses globales inchangées, le nombre d'agents dont la formation serait financée pourrait être augmenté. Une telle démarche a un intérêt tout particulier.

[272] Aujourd'hui, dans ce cas de figure, les conditions de dispense d'unités d'enseignement pour les AS sont limitées à compétence 3 du référentiel infirmier défini à l'annexe II « Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens » de l'arrêté du 31/07/2009, ainsi qu'au stage de cinq semaines prévu au premier semestre. Aucune personnalisation du parcours des AS devenant IDE n'est organisée réglementairement.

Encadré 5 : Expérimentation de validation des Acquis Professionnel pour les Aides-soignants à l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Le projet à l'AP-HP est d'expérimenter le raccourcissement des études promotionnelles des AS pour devenir IDE, en leur permettant d'accéder directement en deuxième année de scolarité en IFSI et obtenir *in fine*, le diplôme d'État validé par un IFSI et une université de rattachement. Ceci s'adresserait aux AS justifiant d'au moins trois ans d'expérience professionnelle, sous réserve d'avoir suivi et validé un cursus d'année préparatoire réalisé en IFSI. Cette année préparatoire correspond à 20 % du temps de travail, permettrait d'acquérir des blocs de compétences de la formation du diplôme d'État IDE, pour lesquels il n'est pas possible de faire jouer la VAE. Au cours de cette année préparatoire, seraient aussi organisés des stages, pour appréhender des gestes techniques, ainsi que des sessions de simulation. En effet, le constat est qu'une partie des enseignements, voire des stages de première année d'IFSI, correspondent à des connaissances déjà acquises par les AS, soit dans le cadre de leur formation initiale en IFAS, soit dans le cadre de leur expérience professionnelle. Il serait donc possible de les en dispenser pour réduire leur temps de scolarité, sous réserve de les former, via la formation professionnelle. Cette année préparatoire serait accessible par sélection, par l'établissement, des profils avec les meilleures chances de réussite. À l'issue de cette année préparatoire, il y aurait un procédure FPC de Parcoursup pour entrer directement en deuxième année d'IFSI.

La formation en IFSI étant plus courte, l'objectif est aussi de réaliser plus de promotions professionnelles pour le même coût ; le gain est estimé à 27 % par agent diplômé. L'agent, à 80 % dans le service la première année, garde ainsi sa prime de service.

D'un point de vue juridique, il faudrait pour inscrire dans l'arrêté du 31 juillet 2009 la possibilité d'une dispense de première année d'IFSI pour qui validerait l'acquisition des différents savoirs par VAP.

Recommandation n°12 Exploiter la diversité de l'outil VAE (hybride, collective, inversée, FEST)

Recommandation n°13 Permettre l'entrée en 2^{ème} année d'IFSI des aides-soignants expérimentés, grâce à la validation de leurs acquis professionnels et par un parcours adapté de préparation

3.6 Approfondir la démarche qualité et l'évaluation en formation continue

[273] La qualité d'une formation continue se mesure, idéalement, à ses effets rapportés à ses objectifs, précisément définis au préalable, ou aux attentes des agents formés et des établissements. A cet égard, l'absence de lien direct entre l'agent-stagiaire de formation professionnelle et le financeur ANFH limite la captation d'informations et la réalisation d'études postérieures aux sessions de formation. En effet, les inscriptions sont réalisées par les établissements et sans communiquer, sauf exceptions les coordonnées ou adresses mail des agents publics.

[274] Les chercheurs en sciences de l'éducation ont tenté de dégager quelques *indicateurs de qualité* qui renvoient au fonctionnement de la formation. Les travaux de recherche et les expériences accumulées permettent de penser qu'ils sont, en général, garant d'une formation de qualité. La qualité de la mise en œuvre de la formation est déterminante mais la conception du dispositif de formation n'en est pas moindre¹¹⁴.

[275] Dans la littérature on trouve certains indicateurs de qualité de cette dernière en formation continue : une formation fondée sur l'analyse des pratiques et de leurs transformations ; un référentiel de compétences clés établi avec les professionnels ; un plan de formation organisé autour des compétences ; une forte articulation entre théorie et pratique ; une évaluation formative, c'est à dire qui privilégie la restitution à l'agent en formation ; des temps et des dispositifs d'intégration, de suivi, des acquis sur la durée.

[276] Il n'est en effet pas facile de mesurer l'impact d'une formation, même si un dispositif de suivi est mis en place sur la durée. En outre les conditions d'exercice du métier peuvent changer aujourd'hui assez rapidement, d'un point de vue technique, organisationnel, numérique, et les régulations sont dès lors plus délicates.

[277] Toutefois, la mission fait le constat à la faveur des auditions, que la formation continue peut être d'une part considérée comme un véritable levier de développement de compétences en lien avec une GPEC, facteur d'attractivité et de promotion sociale. D'autre part, le fait que la formation soit parfois encore considérée comme une obligation ou comme une variable d'ajustement budgétaire, obère de fait toute démarche qualité (cf. annexe XIII).

[278] Ainsi, il y aurait intérêt à mieux former les directeurs des ressources humaines, les directeurs de soins et leurs équipes aux enjeux et bonnes pratiques en la matière : liens de la FC avec la GPEC, maîtrise des données RH et analyses prospectives en conséquence, dynamique des métiers, meilleure connaissance des mécanismes d'accompagnement de l'ANFH. La mission valide le souhait plusieurs fois formulé lors des rencontres avec les différents acteurs sur la mise à disposition par l'ANFH d'un guide de la formation continue dans la FPH.

[279] Ce qui semble certain, c'est que la culture du *retour sur investissement* et de l'analyse de l'impact de la formation continue n'est pas encore globalement mûre dans une société où la formation est plus considérée comme une charge que comme un investissement. La FPH ne fait pas exception à la règle.

Recommandation n°14 Formaliser la démarche qualité relative à la formation continue dans le référentiel de certification des établissements de santé (HAS) et dans le rapport social unique

[280] Il s'agirait d'inciter le collège de la HAS à introduire, dans le référentiel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins révisé en septembre 2021, un item relatif à la démarche qualité en ce qui concerne la formation continue : complément au critère 3.3 04¹¹⁵ et ajout d'un critère 3.7-07.

[281] Suite au décret n°2020-1493 du 30 novembre 2020 relatif à la base de données sociales et au rapport social unique dans la fonction publique, il pourrait être ajouté au thème 4 La formation, un

¹¹⁴ La qualité d'une formation professionnelle se joue d'abord dans sa conception, P Perronoud, Pédagogie collégiale, 1998

¹¹⁵Détail du référentiel HAS, rajouts proposés en italique : 3.3. La gouvernance fait preuve de leadership. 3.3-04 Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management ; *l'établissement en mesure l'impact*. 3.7 L'établissement développe une dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins. 3.7-07 *L'établissement mesure l'impact des actions de formation continue effectuées par les personnels*

item f) intitulé : « Les moyens mis en œuvre pour évaluer l'impact des formations dans le cadre d'une démarche qualité ».

CONCLUSION

[282] La formation continue dans la FPH apparaît à bien des égards comme un enjeu du présent et pour l'avenir. Elle est à la fois un élément essentiel d'une gestion dynamique des ressources humaines par les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux et un levier pour la mise en œuvre d'orientations voulues par l'État au titre de la politique nationale de santé.

[283] Elle doit répondre de façon cohérente aux besoins des établissements et à ceux des personnels tout au long de leur parcours professionnel. Les accords du Ségur et les difficultés rencontrées par l'hôpital aujourd'hui montrent l'importance de rendre plus attractif l'engagement des professionnels dans la FPH. La formation continue peut y contribuer par la garantie d'un accompagnement tout au long de la carrière : adaptation des compétences, appui à l'accès à la promotion professionnelle, possibilité de reconversion, ect.

[284] Des progrès sont possibles en ce qui concerne la connaissance des besoins, celle des actions menées et l'évaluation des effets.

[285] Un meilleur accompagnement des agents pendant leur carrière est proposé en renforçant la visibilité, la maîtrise des actions de formation suivies et leur valorisation. Le développement d'une double voie d'accès aux études promotionnelles est recommandé. De nouvelles modalités pour amplifier la validation des acquis de l'expérience et raccourcir certains temps de formation seraient à encourager.

[286] Seule, une série de mesures diverses et d'importance variée paraît susceptible d'y parvenir, à mettre en regard du développement d'autres outils à financer comme la certification périodique des professionnels de santé ou, pour la formation initiale, l'apprentissage. Le rapport suggère des réponses et détaille des éléments de méthode pour parvenir à donner un nouvel élan.

LETTRE DE MISSION



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

*Le Ministre
des Solidarités et de la Santé*

Inspection générale des affaires sociales

29 MARS 2021

*La Ministre
de l'Enseignement supérieur,
de la Recherche et de l'Innovation*

Paris, le 25 MARS 2021

L'accord du Ségur de la santé relatif à la fonction publique hospitalière (FPH), signé le 13 juillet 2020, a prévu le lancement d'une mission assortie d'un plan d'actions sur la formation, et particulièrement sur le développement de la formation continue et de la formation dite promotionnelle. Les partenaires forment unanimement le souhait que des freins soient levés afin que la formation soit un levier pour une meilleure réponse des établissements à leurs missions.

L'appareil de formation, que celle-ci soit initiale ou continue, est soumis à des mutations organisationnelles (universitarisation, modularisations, passerelles, suppression de concours pour les aides-soignants...), à des tensions dues autant à l'évolution des besoins en qualifications (métiers émergents, évolutions des organisations sanitaires, nouvelles compétences techniques à acquérir, nouvelles attentes des usagers, etc), qu'au manque d'attractivité du secteur et à des difficultés de recrutement propres à certains métiers « en tension », voire à certaines zones géographiques.

Malgré une contribution significative de la part de l'employeur public, la formation continue des personnels des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux reste subordonnée à des freins, notamment financiers et organisationnels, fréquemment évoqués.

Les études promotionnelles (EP) correspondent à un dispositif réglementé spécifique à la FPH qui permet à des agents, via une reprise d'études, d'évoluer professionnellement au sein de leur établissement. Ce dispositif, qui concerne principalement des progressions d'une profession paramédicale à une autre, doit aujourd'hui s'articuler avec l'universitarisation des professions paramédicales (Parcoursup, la modularisation, le développement des passerelles, etc.) tout en déclinant la politique de gestion prévisionnelle des emplois et compétences des établissements. L'ANFH en assure la gestion mutualisée alimentée par une cotisation obligatoire des établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

La validation des acquis de l'expérience (VAE) est encouragée mais encore trop peu ouverte (5 diplômes éligibles) et trop peu utilisée pour la promotion professionnelle étant donné que les contraintes administratives peuvent être perçues comme trop complexes.

Le développement professionnel continu (DPC), qui concerne l'ensemble des professionnels de santé, contribue de manière majeure à la formation continue. Son articulation avec les autres dispositifs existants et particulièrement avec les logiques managériales des établissements est à examiner.

Madame Nathalie DESTAIS
Cheffe de l'Inspection générale des
affaires sociales

Madame Caroline PASCAL
Cheffe de l'Inspection générale de l'éducation,
du sport et de la recherche

14 avenue Duquesne – 75350 PARIS SP 07

21 rue Descartes – 75231 PARIS Cedex 05

La mission qui vous est confiée consistera à réaliser un diagnostic et des propositions qui devront être rendus à échéance de 5 mois à réception de la présente lettre de mission, et feront l'objet d'échanges approfondis avec nos services à l'issue du premier mois, pour confirmer les orientations de travail de la mission. Ce rapport servira de socle à l'élaboration d'un plan d'actions national sur la formation, lui-même finalisé avant le 31 décembre 2021. Le rapport de votre mission aura pour objet de :

- Dresser un état des moyens à la disposition des établissements de la FPH pour accompagner le développement des compétences et les parcours des personnels ; analyser les freins éventuels et proposer une organisation optimale ; un focus particulier sera fait sur l'accès de la catégorie C ;
- Etablir un bilan qualitatif du dispositif en vigueur pour les études promotionnelles et formuler des propositions afin d'articuler ce dispositif avec les évolutions liées à l'universitarisation, afin d'en faciliter l'accès et de sécuriser leur financement ; des modalités pour une meilleure gestion des candidatures (priorisation des « faisant-fonction », appui à la préparation, etc.) et un meilleur accompagnement des étudiants pour faciliter leur parcours, éviter les redoublements (tutorat, etc.) sont attendues ;
- Analyser les éventuels besoins d'adaptation ou de simplification des circuits de financement de la formation continue en lien avec l'ANFH, Régions de France et les universités selon les certifications visées ;
- Proposer des méthodes et outils pour mieux répondre aux besoins d'effectifs sur des professions, des types d'établissements, voire des zones géographiques spécifiques en articulation avec les objectifs annoncés dans le Ségur, notamment sur la pratique avancée et les aides-soignants ;
- Déterminer quels pourraient être les voies et moyens d'une meilleure mobilisation et d'une facilitation du recours à l'apprentissage, s'agissant tout particulièrement de l'accès aux emplois en tension ;
- Identifier les modalités nécessaires au développement de passerelles destinées à faciliter les mobilités interprofessionnelles, notamment la possibilité de valider des compétences pour l'obtention de formations qualifiantes, en particulier pour les personnels les moins qualifiés ;
- Examiner l'opportunité d'un recours accru à la VAE ou à la validation des acquis professionnels (VAP), proposer un ou plusieurs modèles de simplification de la VAE (VAE hybride, autres) et d'accompagnement des candidats, en vue d'un accès plus rapide à la certification ;
- Réaliser une étude d'impact (budgétaire, juridique, etc.) de ces différentes propositions et les modalités de mise en oeuvre.
- Examiner, enfin, l'hypothèse d'une adhésion obligatoire des établissements à l'ANFH.

Pour la conduite de cette mission, vous pourrez notamment vous appuyer sur les services de la direction générale de l'offre de soins et la direction générale de la cohésion sociale, des pôles formation-certification-emploi des directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et ceux des Ministères de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, de l'Education nationale, de la jeunesse et des sports, et prendre l'attache de l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), des Agences régionales de santé et de l'Agence nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC).

Nous vous prions d'agréer, Madame la cheffe du service de l'Inspection générale des affaires sociales, Madame la cheffe du service de l'Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche, l'expression de notre considération distinguée.



Olivier VÉRAN



Frédérique VIDAL

LISTE DES ANNEXES

- 1 Méthode
- 2 Ressources humaines et financements
- 3 Faisant fonction
- 4 Congé de formation professionnelle
- 5 Etudes promotionnelles
- 6 Groupement hospitalier de territoire
- 7 Validation des Acquis de l'Expérience
- 8 Développement professionnel continu
- 9 Actions de formation nationale
- 10 Avis des partenaires sociaux sur le plan d'actions de formation
- 11 Groupe de travail *Management*
- 12 Action de Formation en Situation de Travail
- 13 Démarche qualité

ANNEXE 1 : Méthode

Afin de répondre à la lettre de mission, les premiers constats ont été construits à partir d'une analyse documentaire : rapports précédents sur des sujets connexes¹¹⁶, analyses de la DREES et documents collectés auprès de l'ANFH, de la DGOS de la DGCS ou des établissements.

S'agissant des établissements adhérents à l'ANFH, la mission s'appuiera sur les données financières et du système de gestion (GESFORM) de cet organisme paritaire pour tenter de détailler certains constats sur la nature et le contenu des formations financées (poids des formations qui répondent à des enjeux managériaux, à des enjeux de reconversion et de seconde carrière...).

La structure du SI ne permet pas de faire des requêtes que sur certains thèmes préformatés d'actions de formation et est restée dépendant de la qualité de saisie des établissements; ce point de vigilance est mentionné dans le rapport lorsque l'ANFH l'a évoqué.

- 1- La mission s'est appuyée sur une **série d'entretiens**, qui ont permis de rencontrer 156 personnes au total, selon une méthode d'interviews progressifs.

Des rencontres ont été organisées avec :

- des acteurs nationaux de la santé, des responsables de ressources humaines hospitalières et de la formation : la direction générale de l'offre de soins, direction générale de la cohésion sociale (DGCS), l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH). Des rendez-vous seront pris notamment avec la conférence des DG de CHU et la conférence nationale des directeurs de Centre Hospitalier (CH) et leurs représentants chargés des RH (notamment l'association des DRH hospitaliers : l'adRHess) et de la formation. Des échanges ont été organisés avec la Conférence des présidents d'université et la Conférence des doyens de faculté de médecine ainsi qu'avec la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP) du ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation au titre des formations existantes ouvertes aux agents dont le diplôme d'État vaut grade de licence ;
 - les organisations représentant des personnels hospitaliers. Les signataires du protocole du 13 juillet 2020 ont été rencontrés en priorité : la fédération des services publics et des services de santé de Force Ouvrière, la fédération des services de santé et des services sociaux de la CFDT, l'UNSA santé sociaux et la Fédération hospitalière de France. Mais après échanges avec les cabinets, des contacts seront aussi pris avec les organisations non signataires mais participant à l'ANFH (CGT) et d'autres organisations par ailleurs (SUD/ Solidaires). Le contact avec la CFE-CGC n'a pu être conclusif.
- 2- En complément, un **questionnaire ciblé** auprès des établissements (directeur, DRH) a été diffusé pour confirmer certains constats et limiter des carences éventuelles d'informations.

Ce questionnaire établi par la mission et validé aux dires d'experts, adressé via adRHess, la CNDCH, la CNDEPAH et la Conférence des DG de CHU début septembre 2021. Le questionnaire se composait de 19 questions fermées et d'une question ouverte. Le temps de renseignement était estimé à cinq minutes. La typologie des répondants est la suivante: répartition sur tout l'hexagone, deux DOM, 2/3 établissements sanitaires et 1/3 établissements médico-sociaux.

¹¹⁶ Cf. annexe, II.

Devant le très faible taux de retour, 27 réponses, la mission a choisi de ne considérer que les tendances marquantes, dès lors qu'un item emportait au moins 80% de réponses semblables.

Le très faible taux de retour est un indicateur en soi : la formation continue ne présenterait que peu d'intérêt, ce que la mission juge peu crédible, ou bien les établissements ont beaucoup d'autres sujets d'importance à gérer, ce qui peut se concevoir, notamment en sortie de crise sanitaire.

Ce que la mission observe toutefois :

- les établissements sont satisfaits des services de l'ANFH (100%),
- la stratégie de formation continue des établissements est, selon les dires des établissements, bien identifiée par les agents (81%),
- chaque agent bénéficie chaque année du recueil de ses besoins de formation (81%),
- des formations au management sont jugées indispensables lors de la prise de fonction (93%), même si en pratique elles ne sont pas systématiques ont confirmé nombre d'interlocuteurs rencontrés par ailleurs,
- les établissements incitent/organisent des actions de formation pour les « faisant fonction » (92%),
- pour des faisant fonction (ASH), l'accès au métier d'AS, se fait par une formation à l'IFAS, via le vecteur EP (85%), les autres modalités dont la VAE sont peu connues et promues,
- la VAE est jugée compliquée (93%),
- le passeport formation (diplômes ou titres, formations professionnelles) n'est pas utilisé (96%).

- 3- Enfin, la mission a complété ses travaux par une séance de *design thinking*, **un atelier collaboratif expérimental sur les nouveaux métiers de santé dans la FPH**, dont le compte rendu est mentionné ci-après.

Vendredi 29 octobre, 16h 18h30

Objectif : Dessiner, par un travail collaboratif de participants de profils variés, de nouveaux métiers émergents dans le domaine de la santé

Conception

- Travail avec Florent Orsini, directeur du City design lab (animateur de l'atelier) et Clémence Montagne, directrice du Care design lab, Ecole de Design Nantes Atlantique
- Revue des métiers actuels et des évolutions du système de soins en cours
- Définition de six grandes transitions et croisement avec les métiers
- Expression de chaque participant en séance plénière avec « post-it »
- Deux groupes de travail : à partir de nouveaux métiers, à savoir *manager de l'innovation* et *patient-expert*, définition des attendus liés au métier, des objectifs pédagogiques de la formation, des compétences à acquérir, des modes dévaluation/type de diplôme et d'un module particulier
- Restitution en plénière et conclusion
- Enregistrement des échanges

Participants et centres d'intérêt, par ordre alphabétique

Alexandre BERKESSE

- Centre Hospitalier Universitaire de Montréal, ARS de Bretagne, Hospices Civils de Lyon, Consultant, catalyseur de réflexions sociétales et organisationnelles
- *Intégrer l'expérience patient dans la formation des professionnels, patient formateur, patient partenaire*

Muriel DAHAN, Igas, Inspectrice générale

- *Personnalité qualifiée du Conseil stratégique des industries de santé (Stratégie Innovation santé 2030)*

Enguerrand HABRAN, FHF directeur du fonds d'innovation

- *Manager l'innovation dans les établissements de santé*

Jean-Luc BARASSARD, EDNA, Directeur du service Entreprise

- *Faire monter en compétence le design dans les organisations*

Michèle JARRAYA, AP-HP, Directrice du centre de Formation continue

- *Novations et prospectives sur les métiers de la santé*

Adrienne REIX TROY, AP-HP, médecin, mission d'innovation HAD

- *Le Design comme levier de la transformation des organisations de santé*

Corinne SENESCHAL, directrice

- Centre hospitalier intercommunal de la baie de Somme & EHPAD de Cayeux-sur-mer
- *L'analyse d'un Centre hospitalier et EHPAD*

Ophélie STREZLEC

- CHU Poitiers, Designer du projet en promotion de la santé- animatrice en santé publique
- *Expérience patient et d'engagement des patients ; internalisation de la fonction du design au sein du service public*

Moyens techniques

- Séance zoom
- *Miro*, application pour la pensée virtuelle : animation en direct à partir des prises de parole
- Séance plénière et en sous-groupes
- Restitution des prises de parole en direct sur tableau virtuel

Résultats

- Mur des résultats brut (cf. annexe I-1)

ANNEXE 2 : Ressources humaines et financements

ANNEXE II-1

Effectifs 3 fonctions publiques au 31/12/2019

	Effectifs physiques au 31/12/2019 ⁽¹⁾		ETP au 31/12/2019 ⁽¹⁾	EQTP annualisé en 2019 ⁽²⁾
	Ensemble	dont à temps partiel (en %)		
Fonction publique de l'État	2 491 487	16,7	2 346 920	2 373 267
Fonction publique territoriale	1 935 435	25,5	1 762 936	1 805 554
Fonction publique hospitalière	1 184 338	23,0	1 097 183	1 103 890
Ensemble de la fonction publique	5 611 260	21,1	5 207 038	5 282 711

Source : Siasp, Insee. Traitement DGAFP - SDess.

(1) Champ : Emplois principaux, tous statuts, situés en France (métropole + DOM, hors COM et étranger), hors Mayotte. Hors bénéficiaires de contrats aidés.

(2) Champ : Postes actifs dans l'année, tous statuts, situés en France (métropole + DOM, hors COM et étranger), hors Mayotte. Hors bénéficiaires de contrats aidés.

Source : SIASP INSEE Traitement DGAFP

ANNEXE II-2

Tableau 1 • Description fine des concepts de quatre publications sur l'emploi sanitaire en France

	Informations Rapides INSEE-DREES-DGCL-DGAFP	INSEE Focus	Les établissements de santé Panorama DREES	Rapport annuel de la DGAFP
Source	SIASP	Estel - DADS-GF	SAE	SIASP
Concept d'emploi	Personnes physiques en emploi (PP)	Personnes physiques en emploi (PP)	Emplois au sens du poste de travail	Personnes physiques en emploi (PP)
Critère de Rattachement	Emplois rémunérés par les Siret du champ	Emplois dont le lieu de travail est un des Siret du champ	Emplois rémunérés par les Finess géographiques du champ	Emplois rémunérés par les Siret du champ
Statut d'emploi	Salariés	Salariés	Salariés et libéraux	Salariés
Nature des emplois	Tous salariés, y.c. emplois aidés et apprentis	Tous salariés, y.c. emplois aidés et apprentis	Hors emplois aidés et apprentis	Tous salariés, y.c. emplois aidés et apprentis
Fenêtre d'observation	PP actifs au 31/12	PP actifs au 31/12	Emplois rémunérés au 31/12	PP actifs au 31/12
Champ juridique	Hôpitaux publics de la FPH	Siret publics et privés du secteur de la santé humaine	Établissements publics et privés ayant une autorisation de soins	Hôpitaux publics de la FPH
Champ géographique	France hors Mayotte	France hors Mayotte	France (y.c. Mayotte)	France hors Mayotte
Usage	Niveau et évolution	Niveau et évolution	Niveau et structure	Niveau et évolution

SIASP > Système d'information sur les agents du secteur public ; DADS-GF : déclarations annuelles de données sociales « grand format » ; Estel : estimations localisées d'emploi ; PP : emploi en personnes physiques ; FPH : fonction publique hospitalière.
Sources > INSEE, DADS-GF et SIASP ; DREES, SAE ; DGAFP ; analyses DREES.

Source : Évolution des effectifs salariés hospitaliers depuis 15 ans > Les dossiers de la DREES n° 69 > décembre 2020

ANNEXE II-3

Répartition des personnels par type d'activité et de métier dans la FPH (y compris praticiens hospitaliers)

	Établissements publics	Établissements privés à but non lucratif	Établissements privés à but lucratif	Ensemble des établissements
Personnel non médical soignant	553 028	96 217	114 371	763 616
Personnel d'encadrement du personnel soignant	17 546	3 847	3 463	24 856
Infirmiers ¹ diplômés d'État	250 100	41 382	52 985	344 467
Aides-soignants	185 678	27 252	32 382	245 312
Agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux	67 016	13 057	18 917	98 990
Rééducateurs	18 910	7 598	5 046	31 554
Psychologues	13 778	3 081	1 578	18 437
Personnel non médical non soignant	261 412	45 599	36 287	343 298
Personnel administratif	102 691	23 269	22 100	148 060
Personnels éducatifs et sociaux	13 532	4 272	1 497	19 301
Personnel médico-technique	44 798	7 761	5 320	57 879
Personnel technique	100 391	10 297	7 370	118 058
Total	814 440	141 816	150 658	1 106 914

1. Y compris les infirmiers avec spécialisation et en secteur psychiatrique.

Note > Les élèves encore en formation ne sont pas comptabilisés.

Source : *Les établissements de santé > édition 2020 > DREES*

ANNEXE II-4

Nombre d'entrants et de sortants et taux d'entrée et de sortie, par versant, sexe et statut en 2019

		Entrées				Sorties			
		Nombre d'entrants (en milliers)	Évolution par rapport à 2018 (en %)	Taux d'entrée (en %)	Variation du taux d'entrée (en point de %)	Nombre de sortants (en milliers)	Évolution par rapport à 2018 (en %)	Taux de sortie (en %)	Variation du taux de sortie (en point de %)
Ensemble de la fonction publique	Femmes	317,6	4,1	9,2	0,3	277,1	1,7	8,0	0,0
	Hommes	148,2	-1,2	8,1	-0,1	146,1	0,6	8,0	0,0
	Ensemble	465,8	2,3	8,8	0,1	423,2	1,3	8,0	0,0
Fonction publique de l'État	Femmes	122,0	6,8	9,1	0,4	98,2	3,3	7,3	0,1
	Hommes ⁽¹⁾	61,0	-6,0	7,4	-0,5	65,1	2,1	7,9	0,2
	Ensemble	183,0	2,2	8,4	0,1	163,2	2,8	7,5	0,1
Fonction publique territoriale	Femmes	111,7	2,5	9,5	0,2	101,5	-0,9	8,6	-0,1
	Hommes	62,8	2,1	8,4	0,1	57,7	-0,9	7,7	-0,1
	Ensemble	174,5	2,4	9,1	0,1	159,2	-0,9	8,3	-0,1
Fonction publique hospitalière	Femmes	83,9	2,4	9,1	0,2	77,5	3,2	8,4	0,2
	Hommes	24,3	3,5	9,4	0,3	23,3	0,4	9,0	0,0
	Ensemble	108,3	2,6	9,2	0,2	100,8	2,6	8,5	0,2

Source : *DAGFP L'emploi dans la fonction publique en 2019*

ANNEXE II-5

Taux de changement d'employeur pour les personnels de la FPH en 2016

Parcours professionnels et mobilités

24 Changement d'employeur intra-versant et inter-versants des agents de la fonction publique en 2016

Versant de départ (en 2017)	Taux de changement d'employeur (en %)			Destination des agents ayant connu un changement d'employeur inter-versants (en %)			
	Taux	dont intra-versant	dont inter-versants	FPE	FPT	FPH	Total
FPE	4,2	3,5	0,7		74,7	25,3	100,0
FPT	4,6	3,8	0,8	64,5		35,5	100,0
FPH	4,9	4,0	0,9	45,0	55,0		100,0
Total	4,5	3,7	0,8	35,6	41,6	22,8	100,0

Source : Siasp, Insee. Traitement DGAFP - SDess.

Champ : Agents de la fonction publique présents dans un emploi principal en 2017 et en 2018, y compris bénéficiaires de contrats aidés et hors militaires.

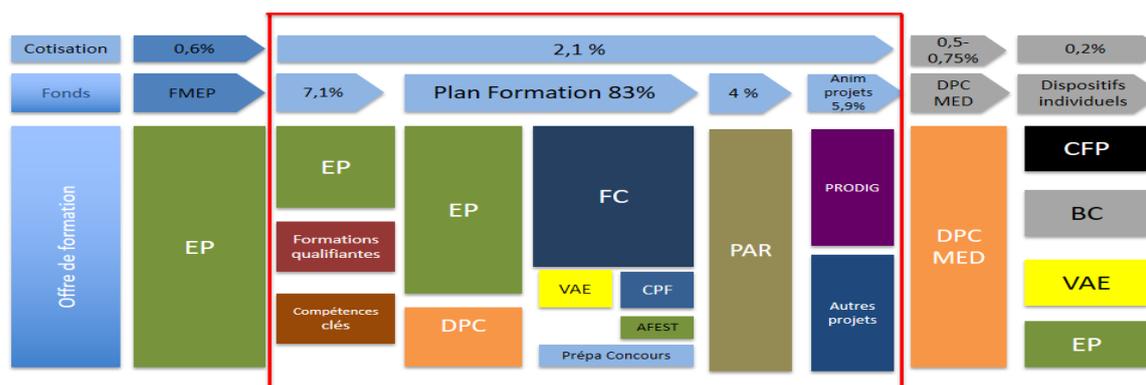
Lecture : Parmi les présents en 2017 dans la FPE et toujours présents dans la fonction publique en 2018, 4,2 % ont changé d'employeur : 3,5 % dans le même versant et 0,7 % dans un autre versant. 74,7 % des agents de la FPE ayant changé de versant sont partis vers un employeur de la FPT et 25,3 % vers la FPH.

Source : Traitement DGAFP sur statistiques INSEE SIASP

ANNEXE II-6

Les canaux de financement et les dispositifs

Le présent schéma vise à identifier les dispositifs financés par circuit de financement ; le périmètre encadré en rouge représente la ventilation des dispositifs sur la part des cotisations relative au plan de formation (2,1%).



Source : ANFH, modifié par la mission – les acronymes sont identifiés ci-dessous.

Les sigles utilisés sont les suivants :

FMEP (fonds mutualisés de financement des études relatives à la promotion professionnelle), EP (études promotionnelles), DPC (développement professionnel continu), FC (formation continue), VAE (validation des acquis de l'expérience), CPF (contrat personnel de formation), AFEST (action de formation en situation de travail), PAR (plan d'actions régionales), PRODIG (formation digitale), DPC MED (développement professionnel continu médical), CFP (congé de formation professionnelle), BC (bilan de compétences)

ANNEXE 3 : Les « faisant fonction »

ANNEXE III-1

DES DIFFICULTES DE RECRUTEMENT FREQUENTES SUR UNE VINGTAIN DE METIERS SOIGNANTS/SOCIO-EDUCATIFS, D'AMPLEUR VARIABLE SELON LES REGIONS

% des établissements ayant souvent des difficultés de recrutement

	Mini régional	Maxi régional
IBODE	63%	100%
EDUCATEUR TECHNIQUE SPÉCIALISÉ	26%	100%
IADE	39%	83%
ORTHOPHONISTE	53%	78%
MÉDECIN DU TRAVAIL	NC	74%
AIDE-SOIGNANT	52%	68%
MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE	46%	66%
INFIRMIER EN SOINS GÉNÉRAUX	42%	65%
MONITEUR ÉDUCATEUR	18%	52%
ASSISTANT SOCIAL	9%	52%
MANIPULATEUR EN ÉLECTRORADIOLOGIE MÉDICALE	NC	51%
ORTHOPTISTE	NC	49%
INFIRMIER PUÉRICULTEUR	NC	43%
ERGOTHÉRAPEUTE	16%	36%
ENCADRANT SOCIO-ÉDUCATIF	NC	36%
PSYCHOMOTRICIEN	16%	35%
SAGE-FEMME	NC	31%
AIDE-MÉDICO PSYCHOLOGIQUE	18%	30%
EDUCATEUR SPÉCIALISÉ	11%	27%
EDUCATEUR SPORTIF	NC	15%
ENCAD. UNITÉS DE SOINS/ACT. PARAMÉDICALES	9%	14%
PRÉPARATEUR EN PHARMACIE HOSPITALIÈRE	NC	11%
TECHNICIEN BIOMÉDICAL	NC	11%
CONS. EN ÉCO. SOCIAL ET FAMILIAL	NC	10%

Note de lecture : le % d'établissements de la FPH ayant déclaré avoir souvent des difficultés de recrutement d'IBODE varie de 63% à 100% selon les régions.

- Autres difficultés de recrutement identifiées dans certaines régions (pour les métiers non soignants, citation spontanée par les établissements) :
- Educateur jeunes enfants
 - Pédiacre podologue
 - Auxiliaire de puériculture
 - Cuisinier
 - Agent de maintenance générale des bâtiments
 - Agent de bionettoyage

Source ANFH : enquête Métiers en tension auprès des établissements de la FPH, réalisées en 2019 ou 2020, en Centre Val de Loire, AURA, Nouvelle-Aquitaine et PACA.

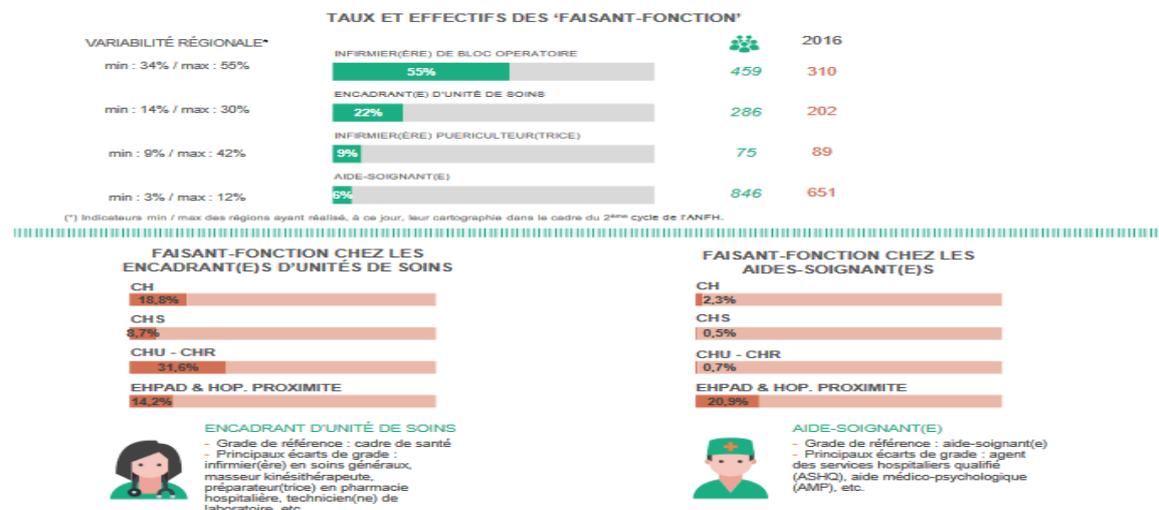
7

Source : ANFH Synthèse des cartographies des métiers de 5 régions 2019/2020

ANNEXE III-2

Taux et évolution des FF soignants (5 régions)

SITUATIONS DE « FAISANT-FONCTION » CHEZ LES SOIGNANTS



3

Source : ANFH PACA Cartographie des métiers. Chiffres 2019

ANNEXE III-3

Mode de gestion palliative des postes vacants dans 5 régions

RAPPEL D'AGENTS EN REPOS, REORGANISATION DU TRAVAIL ET HEURES SUPPLEMENTAIRES, LES SOLUTIONS INTERNES LES PLUS MOBILISEES. LA PROMOTION PROMOTIONNELLE, EN 5EME PLACE

Pour pallier les difficultés de recrutement, les solutions utilisées en interne sont :	Auvergne - Rhône-Alpes	Centre - Val de Loire	Nouvelle-Aquitaine	PACA
Le rappel d'agents en repos	76%	70%	66%	66%
La réorganisation du travail	70%	63%	67%	60%
Les heures supplémentaires	65%	61%	58%	67%
Le recours à des « faisant-fonction » ou métier(s) approchant(s)	63%	59%	51%	42%
La promotion professionnelle du personnel	58%	52%	43%	54%
Une « stagiairisation » ou un CDI plus rapide	51%	37%	38%	34%

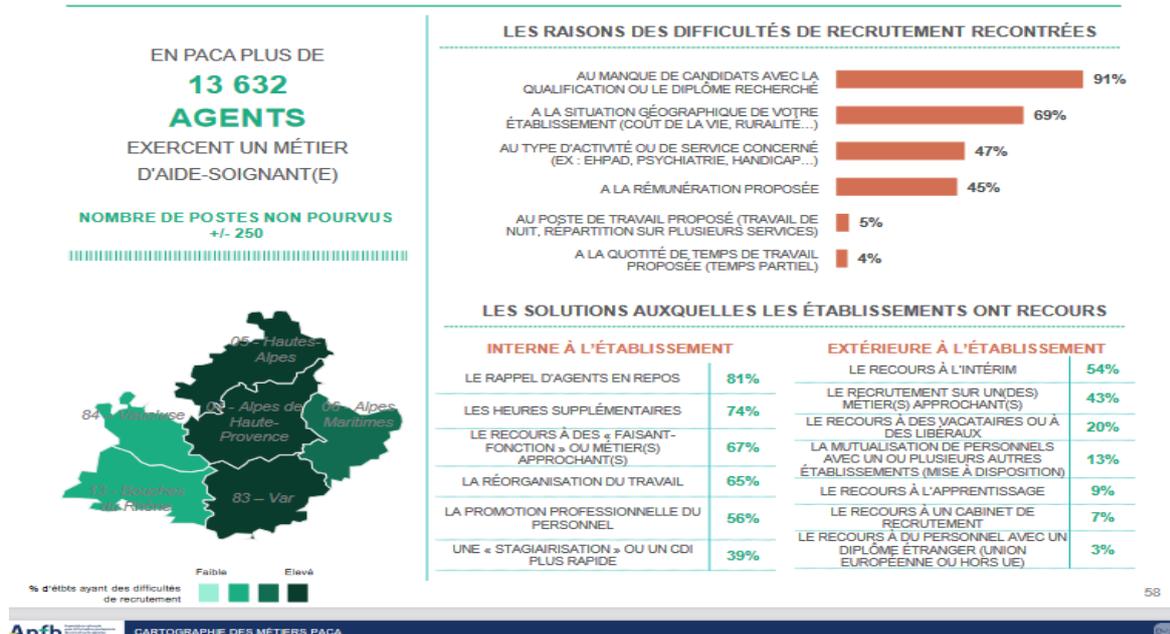
Source ANFH : enquête Métiers en tension auprès des établissements de la FPH, réalisée en 2019 ou 2020, en Centre Val de Loire, AURA, Nouvelle-Aquitaine et PACA. NB : les solutions sont demandées lorsque l'établissement a exprimé des difficultés fréquentes de recrutement sur 1 ou plusieurs métiers

Source : ANFH Synthèse des cartographies des métiers de 5 régions 2019/2020

ANNEXE III-4

Difficultés de recrutement aide-soignant(e) en région PACA

DIFFICULTÉS DE RECRUTEMENT SUR LE MÉTIER D'AIDE-SOIGNANT(E)

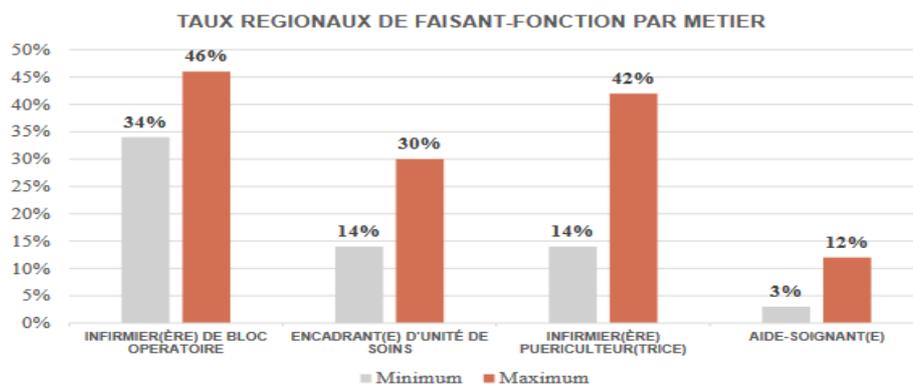


Source : ANFH PACA Cartographie des métiers. Chiffres 2019

ANNEXE III-5

Faisant-Fonction soignants dans la FPH sur 5 régions

LES 'FAISANT-FONCTION' (OU 'ECARTS GRADE-METIERS') CHEZ LES SOIGNANTS DANS LA FPH



Source : ANFH Synthèse des cartographies des métiers de 5 régions 2019/2020

ANNEXE 4 : Le congé de formation professionnelle

Le congé de formation professionnelle constitue un droit ouvert à l'ensemble des agents publics, titulaires ou contractuels, dans les trois versants de la fonction publique. La loi du 9 février 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (FPH)¹¹⁷ a créé un droit au congé de formation professionnelle à l'initiative de l'agent, financé à travers une cotisation annuelle de 0,20 % du montant des rémunérations au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale. Cette cotisation doit être versée à un ou plusieurs organismes paritaires agréés par l'État, chargés de la gestion et de la mutualisation de cette cotisation. Dans les faits, le décret du 22 décembre 2006 établit l'ANFH comme seul gestionnaire de ce fonds pour la FPH.

1 Un congé d'initiative individuelle, à la finalité volontairement libre, bénéficiant d'abord aux agents de catégorie C

1.1 Un congé rémunéré, sensiblement plus avantageux que dans la fonction publique d'État

Le congé de formation professionnelle est ouvert à tout agent de la fonction publique hospitalière (FPH), dans une limite qui ne peut excéder trois ans pour l'ensemble de la carrière, mais peut être fractionné en mois ou semaines. Il peut être accordé à condition que l'agent ait accompli au moins trois années ou l'équivalent de trois années de services effectifs dans les établissements relevant de la fonction publique hospitalière. Le nombre de CFP accordés est limité par les moyens financiers disponibles, dans le cadre du fonds géré par l'ANFH. Ces congés peuvent être utilisés en une seule fois ou répartis au long de la carrière en stages d'une durée minimale de dix jours qui peuvent être fractionnés en semaines, journées ou demi-journées.

Dans l'équilibre entre employeurs et agents publics, il s'agit bien ici d'un congé au bénéfice de l'agent, très fortement défendu par les organisations syndicales représentant les agents publics. Ceux-ci ont accès à une formation individuelle, distincte de celle faisant partie du plan de formation déterminé par l'établissement. La demande d'autorisation d'absence administrative (auprès de l'employeur) est distincte de la demande de prise en charge financière, auprès de l'ANFH, étudiée dans le cadre de comités territoriaux paritaires. Afin de tenir compte de l'impact de ce congé long sur l'organisation d'un service, la demande de CFP peut être écartée par l'employeur dans l'intérêt du fonctionnement du service ou lorsque le nombre des agents simultanément absents au titre de ce congé dépasse 2 % du nombre total des agents de l'établissement au 31 décembre de l'année précédente. Au terme de ce congé, le bénéficiaire doit reprendre dans son établissement d'origine, un emploi correspondant à son grade (ou pour le non-titulaire de niveau équivalent celui qu'il occupait).

Le CFP constitue un congé rémunéré, mais cette rémunération n'est pas complète et est limitée dans le temps. Les agents concernés peuvent percevoir pendant une durée maximale de deux ans (pour l'ensemble de leur carrière) une indemnité mensuelle forfaitaire égale à 85 % du traitement brut et de l'indemnité de résidence afférents à l'indice brut 650 d'un agent en fonction à Paris. La durée d'indemnisation est ainsi potentiellement supérieure d'un an dans la FPH par rapport à la fonction

¹¹⁷ Cf. 6° de l'article 41 de la loi visée.

publique d'État. De surcroît, pour les agents de catégorie C, le fonds pour l'emploi hospitalier prend en charge un complément pour permettre le maintien de la rémunération la première année, ce qui constitue une autre spécificité, facilitant les départs en formation des agents les moins qualifiés.

1.2 Un congé dont la finalité est volontairement peu définie

L'objectif de ce congé est peu précisément défini : il s'agit de « parfaire (...) la formation personnelle »¹¹⁸ des agents. Une ambiguïté réside sur la finalité en termes d'emploi du CFP : en effet, lors des entretiens, les organisations syndicales ont expliqué que cette finalité était libre et devait répondre à la cohérence du projet de l'agent. Il pouvait s'agir d'un congé permettant de sortir de la fonction publique, pour devenir salarié ou travailleur indépendant. Cette ambiguïté se retrouve au niveau des agents demandeurs. Ainsi, en 2020 les principales formations demandées sont pour l'ANFH d'Auvergne, les métiers de l'artisanat et de l'agriculture, puis la coiffure et l'esthétique. Pour la Corse, ce sont d'abord des « métiers du bien-être (hypnose, relaxation, sophrologie, relationnel) et des formations pour devenir coach personnel et professionnel, puis membre d'équipage de cabine avion qui sont les plus utilisées. Pour la Picardie, il s'agit des métiers de l'artisanat dont les métiers de bouches et ceux en lien avec les matériaux et végétaux (CAP ébéniste, CAP fleuriste, TP sellier garnisseur, BP agricole)¹¹⁹. Or les débouchés relatifs à ces qualifications sont très largement, si ce n'est exclusivement, dans le secteur privé.

Pourtant, les dispositions réglementaires prises sur le CFP découragent précisément la sortie de la fonction publique : ainsi l'agent qui a bénéficié d'un congé de formation avec indemnités, s'engage à rester, pendant une période triple de celle de sa rémunération, dans les établissements relevant de l'article 2 de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, soit dans le champ des trois fonctions publiques¹²⁰. En cas de rupture de cet engagement, l'agent doit rembourser les indemnités perçues, proportionnellement au temps de service lui restant à accomplir, en vertu de son engagement.

Une tension existe ainsi entre le respect des aspirations individuelles variées (la formation, comme « respiration », dans un monde hospitalier marqué par de nombreuses tensions) et le souhait de régulation tenant compte des besoins du service public (reconversion pour des métiers pénibles, incitation à s'orienter sur des métiers en tension). L'absence d'orientations nationales ou territoriales sur ces besoins favorise bien la prise en compte prioritaire des souhaits d'évolution professionnelle à caractère personnel.

1.3 Un dispositif qui bénéficie très majoritairement aux agents soignants, de catégorie C.

Le CFP est un petit dispositif en volume. Compte tenu du nombre de dossiers concernés, une infime partie des agents publics bénéficient du CFP : en moyenne nationale, le ratio entre les dossiers en cours (hors bilans de compétences) et les effectifs des établissements cotisants s'établit à 0,4 %.

¹¹⁸ Cf. article 30 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.

¹¹⁹ ANFH, rapport de gestion du fonds CPF, 2020, pages 45, 51 et 57.

¹²⁰ Soit les administrations de l'État, des régions, des départements, des communes et de leurs établissements publics y compris les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaires de l'État et des collectivités territoriales, à l'exclusion des fonctionnaires des assemblées parlementaires et des magistrats de l'ordre judiciaire.

Le profil des agents ayant bénéficié, d'une prise en charge au titre du fonds 0,2 % - CFP (hors bilan de compétences, BC), est assez constant d'une année à l'autre.

En 2019 :

- 64 % des bénéficiaires sont des agents de catégorie C. Ce pourcentage est remarquable, alors que le taux d'accès de ces mêmes agents au plan de formation est de l'ordre de 40 %. Le CFP revêt ainsi une dimension correctrice par rapport aux autres dispositifs de formation dans la FPH.
- 60 % relèvent de la filière services de soins (qui représente de l'ordre de 70 % des effectifs), 15 % de la filière techniques-ouvriers et 11 % de la filière direction et administratifs. Toutefois, les disparités régionales restent fortes. A titre d'illustration, la durée des formations réalisées par les soignants varie de 53,7 % en Lorraine à 80,2 % en Champagne-Ardenne du total des heures financées ;
- 86 % des dossiers en cours de réalisation, concernent des agents titulaires de la FPH. Les contractuels de la fonction publique hospitalière qui représentent, 20,9 % des effectifs recourent sensiblement moins au dispositif CFP que les titulaires.
- 35 % ont une ancienneté inférieure à 10 ans dans la FPH. Cette donnée brute, difficilement interprétable laisse à penser que le CFP peut soutenir des projets d'évolution ou de reconversion professionnelle qui interviennent tôt dans la carrière, plutôt qu'en deuxième partie de parcours professionnel¹²¹.
- 75 % sont des femmes, soit un pourcentage comparable à la part des femmes dans les effectifs totaux de la FPH (74 % en 2017¹²²).
- 90 % exerçaient à temps plein avant de suivre leur formation.
- 63 % dépendent d'un établissement de plus de 1 000 agents (ces établissements regroupent 66 % des agents des établissements cotisants). L'accent en faveur des agents des petits établissements rencontre donc des limites bien qu'il s'agisse de fonds mutualisés non régis par la logique des « taux de retour » : les établissements de moins de 50 agents qui comptent pour 1 % des effectifs des établissements cotisants à l'ANFH représentent seulement 1,2 % des dossiers en cours ; les établissements de 50 à 150 agents (qui représentent 8,1 % des agents) ne représentent que 10,4 % des dossiers des agents en dispositif CFP.

¹²¹ Toutefois, aucune incitation nationale n'existe en la matière pour utiliser le CFP tôt dans la carrière, en prévention de situations de mal-être professionnel, et *a contrario*, la grille nationale d'instruction du CPF accorde un bonus complémentaire pour les dossiers émanant d'agents de plus de 45 ans.

¹²²Cf. données comparatives de la DGAFP https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/rapport_annuel/CC-egalite-2017.pdf

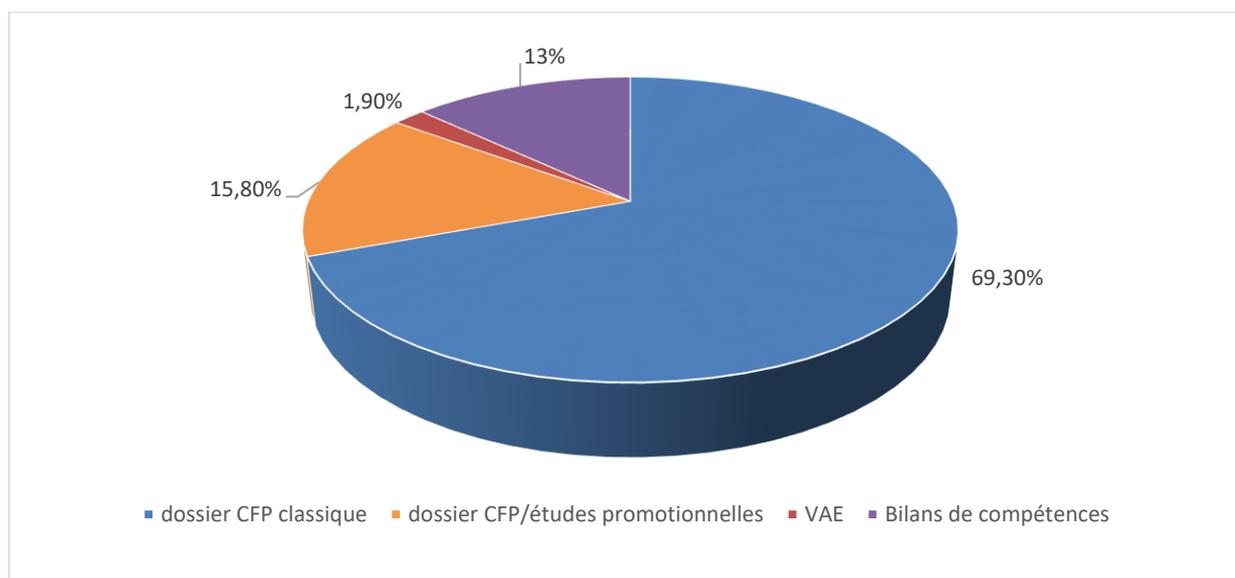
2 Un dispositif qui ne connaît pas de tension financière, avec une porosité persistante avec les études promotionnelles

2.1 Un financement par un fonds mutualisé, à usage diversifié : le « 0.2 % CPF »

2.1.1 85 % du fonds 0.2 % relève du CFP

Le congé de formation professionnelle bénéficie d'un fonds dédié, géré par l'ANFH et auquel l'ensemble des établissements relevant de la fonction publique hospitalière (AP-HP incluse) doivent contribuer. Ce fonds est partagé entre plusieurs dispositifs : il permet de financer à la fois les congés de formation professionnelle, mais aussi les soutiens à la validation des acquis de l'expérience et les bilans de compétences. Les dossiers CFP classiques ou relevant des études promotionnelles (cf. *infra*) représentant 85 % des charges de formation du fonds alimenté par la contribution de 0,2 % de la masse salariale des établissements.

Tableau 1 : Répartition des charges de formation au titre du fonds CFP par type d'actions -2019

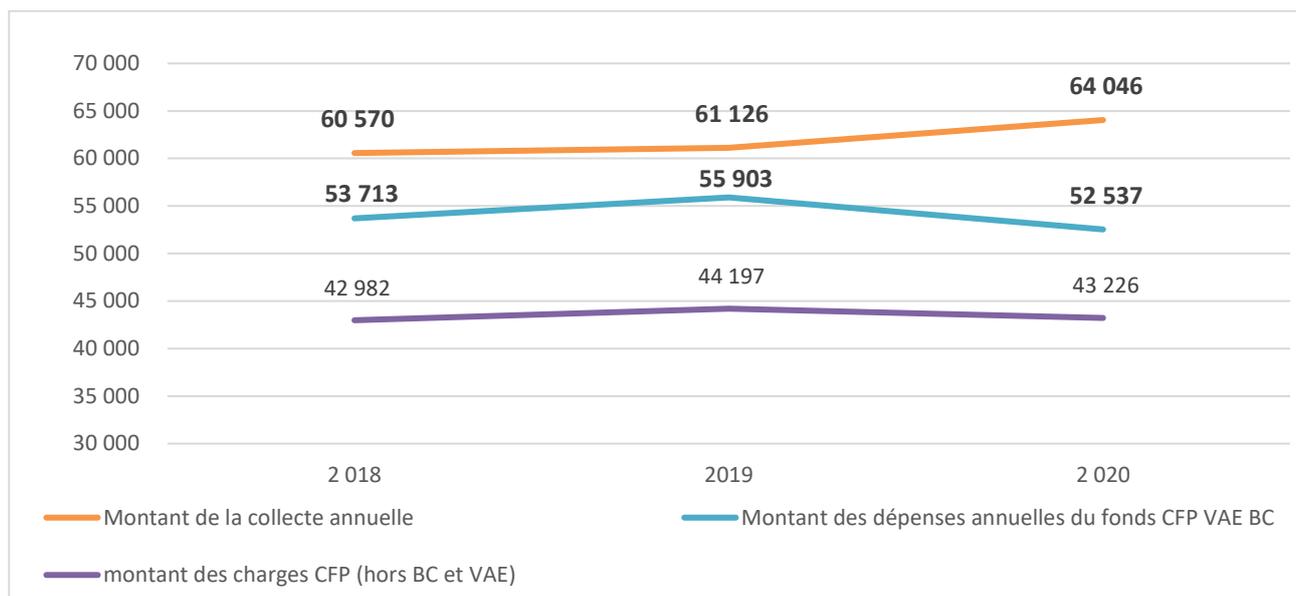


Source : Rapport de gestion de fonds

2.1.2 Des ressources collectées structurellement supérieures aux dépenses annuelles

En 2019, 2302 établissements cotisants ont permis de collecter un volume financier collecté de 61,126 M€, ces montants sont en légère progression suivant la dynamique de la masse salariale. Le volume des charges annuelles à couvrir est régulièrement inférieur au montant des ressources issues de la collecte, dans des proportions allant de 5 à 10 M€ par an. L'ANFH fait valoir une logique de précaution, sachant que les engagements totaux à financer des formations dans les années à venir, même lorsqu'un contrat ou une convention n'est pas encore conclu sont de 30 à 35 M€ en moyenne chaque année (EFF++).

Graphique 1 : Evolution des montants collectés et des dépenses annuelles du fonds CFP/VAE/BC (en k€)



Source : Rapports d'activité de l'ANFH et rapports de gestion de fonds.

Hors bilans de compétences, de l'ordre de 4 500 à 4 900 dossiers en cours sont financés chaque année (4 755 en 2019). Hors dossiers de VAE, le volume de dossiers CFP *stricto sensu* se réduit à 3370 dossiers en cours en 2019.

2.1.3 Des charges constituées pour près des deux tiers par les frais de rémunération.

La répartition des charges liées au CFP hors bilan de compétences est relativement constante d'une année sur l'autre. **En 2019, le total des charges se compose de 64 % de frais de traitement (28 975 K€), 30 % de frais pédagogiques (13 705 K€) et 6 % de frais de déplacement (2 674 K€).**

Cette part est élevée, malgré l'absence de prise en charge intégrale des traitements, puisque seul 85 % du traitement brut et l'indemnité de résidence peuvent être pris en charge par l'ANFH et que cette prise en charge ne peut durer plus de 24 mois, même lorsque la formation est d'une durée supérieure à deux ans. Les catégories C bénéficient de la prise en charge intégrale de leur traitement pendant un an, à travers une intervention du fonds pour l'emploi hospitalier. 759 agents publics en ont bénéficié en 2020 (938 en 2019) pour un montant de l'ordre d'1,5 M€.

2.2 Un montant non négligeable d'études promotionnelles toujours financé dans le cadre du CFP

En dépit des orientations nationales et de l'existence d'un fonds et d'un circuit financier *ad hoc* pour les études promotionnelles, la porosité de ces demandes avec celles du CFP perdure. L'ANFH distingue les dossiers de CFP classiques et de « CFP/ études promotionnelles », soit les demandes de formations potentiellement éligibles aux études promotionnelles mais financées sur le CFP : il s'agit notamment, d'études promotionnelles pour un diplôme conduisant à un grade inexistant ou pour lequel il n'y a pas de poste dans l'établissement.

Après la création du Fonds pour la mutualisation des études promotionnelles (FMPE) à partir de 2007, les administrateurs ont souhaité plafonner le recours aux EP sur le CFP, à 40 % en 2010, plafond progressivement abaissé¹²³. Cette orientation claire s'inscrit dans la durée et porte ses fruits. En 2019, les dossiers d'études promotionnelles ne représentaient que 12 % de l'ensemble des dossiers en cours, hors VAE et 13 % des dépenses du fonds. L'objectif de maîtrise initialement fixé a été atteint.

Tableau 2 : Volumes respectifs en k€ des charges de formation des CFP classiques et des EP financés sur le fonds CFP

	2018	2019	2020
Prises en charge des Dossiers CFP classiques	34 091	36 915	35 905
Prise en charge des dossiers CFP/ EP	8 081	7 282	7 321
Ratio CFP EP/ CFP classiques	0,24	0,20	0,20
Part des CFP classiques/ensemble des charges annuelles	15 %	13 %	13,9 %

Source : ANFH, Rapports de gestion de fonds CFP 0,2 % de 2018 à 2020

Toutefois, le maintien, 13 ans après la création d'un fonds mutualisé pour les études promotionnelles, d'un volume de 13 à 15 % de dossiers d'études promotionnelles financés par le CFP interroge. Les deux dispositifs qui bénéficient de contributions financières volontairement distinctes devraient pouvoir remplir des fonctions clairement distinctes. Ainsi, les responsables syndicaux de plusieurs établissements rencontrés ont fait état de la voie de « contournement » que constitue le CFP, lorsqu'un dossier d'étude promotionnelle a été refusé par l'établissement ou n'a pas pu être financé par l'ANFH régionale. Certains membres de comités territoriaux chargés de la validation des dossiers entendent maintenir cet usage du CFP, faute d'autres solutions de financements et même si la rémunération compensée est moindre sur la durée et dès la première année pour les agents A et B. Ces éléments soulignent l'intérêt à disposer d'une voie de recours pour les EP refusés par les directions des ressources humaines lorsqu'elles ne sont pas en mesure de garantir un poste adéquat en sortie de formation.

¹²³ Le Conseil d'Administration du 28 mars 2018 a validé les travaux du groupe mutualisation qui propose une modification des règles de plafonnement des EP dans le cadre du 0.2 %. Elles sont portées s à : 30 % en 2019, 25 % en 2020, 20 % en 2021.

3 Des décisions individuelles locales, qui ne s'appuient pas sur des objectifs évaluable et une offre de service orientée sur les reconversions

3.1 Des critères d'attribution qui laissent une grande marge d'appréciation aux instances locales

3.1.1 Un taux moyen d'acceptation des dossiers de 40 %, et de notables disparités

Le conseil d'administration doit fixer annuellement des critères et priorités d'examen des dossiers dans le cadre d'une enveloppe financière contrainte. Ces critères sont d'une relative stabilité : l'ordre de priorité défini pour les dossiers reçus en 2021 est similaire à celui de l'année précédente¹²⁴. Le choix est de financer d'abord des bilans de compétences, puis des accompagnements à la VAE et enfin les congés de formation professionnel classiques, puis les dossiers de CFP relevant des études promotionnelles¹²⁵. **En 2019, le taux d'acceptation des dossiers est nationalement de 49,9 % sur l'ensemble du fonds « 0,2 % CFP »**. Ce taux varie cependant selon les types de formations. Conformément à la logique de maîtrise des EP financées sur CFP, le taux d'acceptation sur ce type de demande se limite à 31 %.

Tableau 3 : La sélection des dossiers de CFP par type, taux d'acceptation

Nature de la formation	Nombre de dossiers	Taux d'acceptation en 2019
dossier CFP classique	3941	41,5 %
dossier CFP/études promotionnelles	723	31,1 %
VAE	951	99,2 %
Bilans de compétences	5865	99,9 %

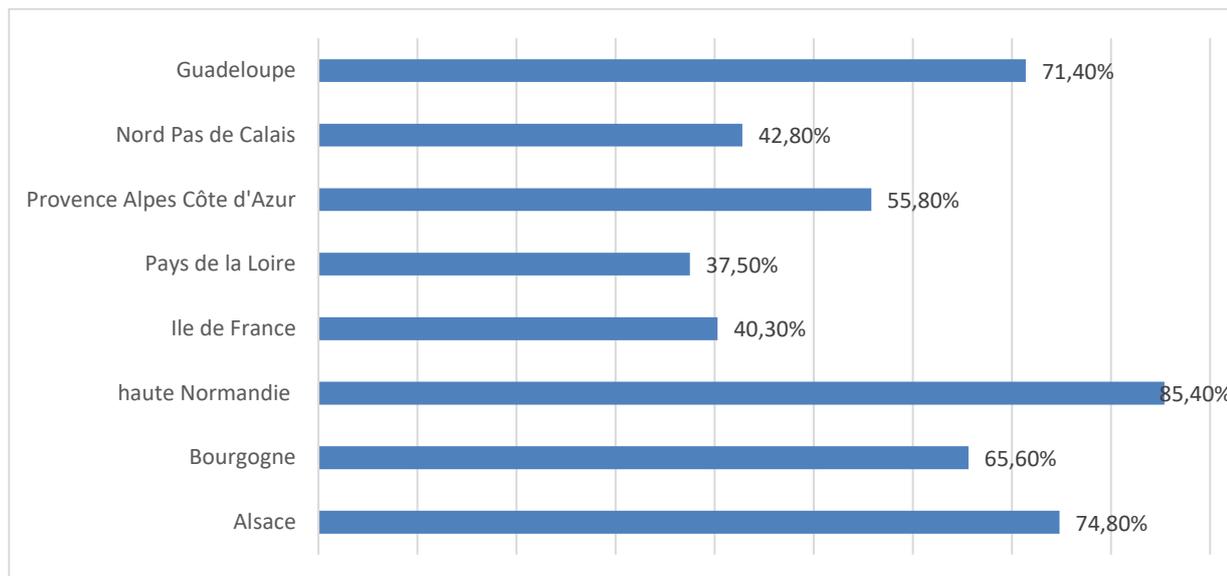
Source : *Rapport annuel de gestion du fonds CFP 2019*

Des écarts entre les taux d'acceptation sont constatées entre les délégations territoriales. Ces taux varient du simple au double, allant de 37,1 % en Poitou Charentes à plus de 74 % en Alsace, Champagne Ardenne ou Martinique.

¹²⁴ Comme depuis 2018, selon les délibérations du conseil d'administration à ce sujet que la mission a pu consulter.

¹²⁵ Cf. Délibérations « dispositifs individuels » du CA du 20 mai 2021

Graphique 2 : Taux d'acceptation des dossiers (hors BC), illustration sur quelques délégations territoriales en 2019



Source : Rapport annuel de gestion du fonds CFP 2019

Ces disparités peuvent s'expliquer par le cadrage national relativement faible, en matière de qualifications privilégiées, visant par exemple des métiers qui recrutent au sein de la fonction publique, mais aussi par la connaissance très variable des demandeurs quant aux chances de succès de leur demande. Les taux d'acceptation par type de qualification visées ne sont pas publiés (cf. tableau ci-après), ce qui ne donne pas de signal indicatif aux demandeurs.

Tableau 4 : Dossiers dits classiques du CFP (hors études promotionnelles)

Domaine d'activité	Nombre de dossiers examinés	Taux d'acceptation
psychologie relaxation techniques psychocorporelles	508	12,20 %
formation non universitaire- sanitaire et social	485	46,60 %
secrétariat bureautique	477	31,90 %
transport logistique	345	62,90 %
droit économie gestion management	260	41,50 %
activités artisanales - bois- décoration	206	52,40 %
formation universitaire/ secteur sanitaire et social	187	46,50 %
esthétique coiffure manucure	187	33,70 %
agriculture horticulture	122	54,10 %
sciences de l'éducation formation	117	53,80 %
sport tourisme arts	117	32,50 %

Source : Rapport annuel de gestion du fonds CFP 2019- NB les formations universitaires sont indiquées explicitement dans le tableau¹²⁶.

¹²⁶ Les formations universitaires ne comptent que pour 10 % de l'ensemble des dossiers accordés dans les dossiers dits classiques (245 dossiers accordés sur 2804 acceptations de dossiers classiques, hors EP).

Toutefois, en l'absence de formalisation, quelques tendances émergent pour valoriser au sein des filières de santé, des métiers de nouveau attractifs, comme les secrétaires médicaux ou pour favoriser des reconversions vers le métier de professeur des écoles ou d'autres métiers dans la formation. Ainsi, en 2018, parmi les formations générales, les trois domaines d'activité qui enregistrent les plus forts taux d'acceptation sont ceux de la qualité-évaluation-accréditation (six dossiers sur sept ont été acceptés pour une prise en charge en 2018, soit 85,7 % de taux d'acceptation), des métiers de l'industrie (68,8 % en 2018, 68,1 % en 2019), et de l'agriculture-horticulture (65,5 % en 2018), du BTP et de l'aménagement du territoire (64,6 % en 2019). Concernant les formations universitaires, les domaines, des sciences de l'éducation-formation des adultes (66,3 % en 2018, 66,7 % en 2019, 85,3 % de taux d'acceptation), de la prévention-maintenance (55,6 % d'acceptation en 2018, 83,3 % en 2020), ainsi que de l'industrie et de l'artisanat, sont privilégiés.

Une grille nationale d'analyse a été élaborée mais si celle-ci sert pour l'instruction, elle n'est pas à elle seule décisionnelle.

3.1.2 Une grille nationale d'instruction indicative

Cette grille, actualisée en 2019, permet une note maximum de 330 points et comprend six catégories de critères d'évaluation, et des bonus ou des malus complémentaires :

- l'objectif de l'agent (l'objectif de reconversion est crédité d'un maximum de 40 points) ;
- la finalité de la formation : la recherche d'une formation réglementée est créditée du plus grand nombre de points. Ceci signale une hiérarchie implicite des professions, indépendante de la réalité des besoins en effectifs à l'intérieur de la fonction publique, et qui a pour effet de favoriser les formations vers des métiers soignants, qui pourraient être financées par ailleurs par le FMEP. Un malus de 120 points est attribué aux formations à dominante « développement personnel » ou à dimension comportementale ;
- La sanction de la formation. Les certifications professionnelles enregistrées au répertoire national des métiers et des compétences, bénéficiant d'une garantie qualité de l'État, sont logiquement privilégiées sur des formations qui ne conduisent pas à une certification ou à une validation reconnue ;
- La catégorie professionnelle. Les agents de catégorie C bénéficient de 10 points contre 7 pour les catégories B et 6 pour les catégories A ;
- Le critère « cohérence du projet » pèse pour plus d'un tiers du total, avec 120 points possibles. Il se révèle le moins objectivable possible, il peut être qualifié (très bon, bon, moyen, insuffisant).

Des bonus peuvent être attribués, pour l'accès à une première qualification ou pour les seniors (+ de 45 ans). Un malus (de 120 points) est possible, uniquement lorsque le coût du dossier n'est pas cohérent au regard des prix du marché.

Toutefois, les entretiens conduits en délégation régionale ont confirmé le caractère relativement indicatif de la grille nationale établie. Les comités territoriaux prennent ainsi le soin d'analyser les dossiers un à un. Les dossiers sont anonymisés lors des réunions, les tableaux présentés masquant les noms et matricules des agents. Dans une délégation régionale, la fiche de motivation de tous les dossiers¹²⁷ est lue à haute voix et le nombre de points attribués selon la grille nationale est indiqué à

¹²⁷ Cinq questions principales constituent cette trame : 1- Quel est votre parcours ? 2- Quel est votre projet en lien avec cette formation et son origine ? 3- Comment avez-vous préparé votre projet ? 4- Pourquoi avez-vous choisi cette formation

l'oral. Il ne constitue qu'un élément d'éclairage, un facteur parmi d'autres pour la validation de la prise en charge financière. Les membres du comité territorial concerné ont ainsi indiqué se fier surtout à l'exposé des motivations du candidat, et prêter attention à l'équilibre entre établissements (le nom de l'établissement ainsi que la date de naissance de l'agent sont en effet conservés au moment de l'examen en comité territorial). En Pays-de-la-Loire, la grille est plus directement utilisée et appropriée par les membres du comité territorial. Ceux-ci ont formalisé ce qu'ils entendaient en termes de cohérence du projet, privilégiant la cohérence entre le type de formation choisi et l'objectif ou le métier visé, les débouchés professionnels existants dans le métier visé par l'agent et les éléments tangibles de motivation apportés. Pour apprécier les débouchés professionnels, aucune information nationale n'est diffusée (même si le demandeur peut faire état de ses recherches). Aucun contact régional n'est organisé avec Pôle emploi, pour s'assurer de la bonne connaissance des évolutions du marché du travail.

3.2 Un nombre d'annulations et d'abandons significatif

En 2020, sur 2 618 dossiers accordés, 224 ont été annulés avant le début de la formation et 33 ont fait l'objet d'un abandon en cours de formation durant l'année, soit 8,6 % de taux d'annulation et 1,3 % de taux d'abandon. S'agissant des annulations, de l'ordre de la moitié d'entre elles (53 % en 2018, 46 % en 2019, 58 % en 2020) résultent de motifs liés à la formation, sans que ce motif soit explicité (il recouvre des décrochages en cours de formation ou des changements de projets de formation en cours de route). Les annulations pour motifs personnels ou familiaux constituent le deuxième motif d'annulations (21 % des annulations en 2020, 36 % en 2019, contre 31 % en 2018), devant les motifs professionnels (notamment liées à un départ de l'établissement ou une mobilité).

Les abandons résultent majoritairement de motifs personnels ou familiaux.

Tableau 5 : Taux d'annulations et d'abandons

	2018	2019	2020
Taux d'annulation	5.2 %	6.9 %	8.6 %
Taux d'abandon	1 %	1 %	1.3 %

Source : ANFH, rapport de gestion du fonds CFP 0,2 %

L'importance de ces annulations, non liés à des motifs personnels et des abandons pourrait inciter au développement d'une offre de service pour mieux préparer les agents ou anticiper les facteurs de risque d'échec et identifier les moyens d'y faire face. Dans la mesure où elle sécuriserait les parcours financés, une telle offre pourrait justifier un accroissement des frais de gestion et de mission de l'ANFH, dans le cadre de la gestion de ce fonds. Elle pourrait nécessiter le recours à des prestataires extérieurs pour aider à la préparation et à la qualification de certains projets individuels¹²⁸.

et cet organisme ? 5- Que ferez-vous à l'issue de la formation ? Quelles seront les étapes qui restent à accomplir pour finaliser votre projet ?

¹²⁸ A cet égard, les commissions paritaires régionales chargées des projets de transformation professionnelle (Transition pro) peuvent bénéficier d'expertises réutilisables.

3.3 Une évaluation du dispositif lacunaire

La question du devenir des agents ayant bénéficié du CFP et de l'impact de celui-ci n'a fait l'objet d'aucune évaluation nationale à ce jour. Lors des entretiens en délégations régionales, une directrice et ses agents ont clairement indiqué se borner à un rôle d'instruction et de paiement, sans considérer être responsables de la suite des projets des agents, dont la bonne fin éventuelle dépend des individus. Aucun lien n'est structuré avec le conseil en évolution professionnelle à l'ANFH ou en établissement sur tout ou partie des bénéficiaires une fois les fonds attribués.

Quatre délégations régionales de l'ANFH ont élaboré un cahier des charges pour une consultation à lancer au 2^{ème} semestre 2021 en vue d'organiser une enquête récurrente sur le devenir des agents ayant bénéficié d'un dispositif individuel (dont CFP, BC, VAE), sur l'impact du CFP sur le projet et le parcours de l'agent bénéficiaire, l'effet levier du financement et les freins rencontrés par leurs agents.

A ce stade, dans les quatre délégations rencontrées, seule une avait conduit une évaluation. L'ANFH de PACA a ainsi envoyé à 191 agents dont la formation s'est terminée entre le 1^{er} janvier 2016 et le 30 juin 2018 un questionnaire pour préciser le devenir des agents et la réussite des projets de formation. La mise en œuvre des projets de reconversion est réalisée dans 24 % des cas, en cours dans 43 % des cas, et ne s'est pas réalisée dans 33 % des cas.

L'absence de démarche d'évaluation, s'agissant d'un dispositif ancien, peu modifié depuis sa création, fait écho à l'incertitude sur l'objectif assigné. Si, comme de nombreux interlocuteurs l'ont néanmoins signalé, l'objectif n'est plus principalement de « parfaire (...) la formation personnelle » des agents, mais de faciliter des reconversions à l'intérieur de la fonction publique, des orientations plus claires doivent être données, afin d'organiser une véritable offre de service pour les agents.

Lors de l'ensemble des entretiens conduits avec les services de ressources humaines et les organisations syndicales, la question des reconversions, faisant suite à des épuisements professionnels ou à des inaptitudes à venir ou déclarées s'est posée. Or les actions du plan de formation qui répondent (dites « actions de conversion », chargées de « proposer aux agents des actions de conversion leur permettant d'accéder à des emplois exigeant une qualification nouvelle ou à de nouvelles activités professionnelles ») a baissé de 38 % entre 2017 et 2019, et de plus de moitié entre 2017 et 2020.

Tableau 6 : Charges annuelles au plan de formation pour les adhérents à l'ANFH relatives aux actions de conversion

Année	2017	2018	2019	2020	évolution 2017/200
K€	3 139	2 565	1 960	1 375	-56 %

Source : ANFH, rapports de gestion du plan

Ainsi, les pistes suivantes pourraient être explorées :

- en amont, renforcer l'analyse objectivée du projet et du positionnement de l'agent, ce que seul l'examen sur dossier ne peut établir. Ceci pourrait conduire à solliciter un centre d'expertise national au sein de l'ANFH amené à travailler avec la DGAFP et/ou les plateformes RH des services déconcentrés de l'État. Celui-ci pourrait aussi se traduire par des transferts de compétences ou des mutualisations d'expertises avec des organismes tels que « Transition pro » chargés de valider les projets de transition professionnelle des salariés du secteur privé. Certains responsables RH d'établissements se sont déclarés prêts à mandater des experts extérieurs pour valider les capacités de reconversion, en testant les habiletés professionnelles. De manière générale, les obligations nouvelles de préparation au reclassement pour les agents reconnus inaptes, gagneraient à être articulées avec les demandes de CFP, même si les responsabilités en matière de formation diffèrent pour chaque dispositif ;
- en cours de formation, organiser un suivi des dossiers les plus difficiles à finaliser, grâce à des conseillers en évolution professionnelle. Ces derniers ne seraient pas nécessairement localisés et éclatés entre les sites des différentes délégations régionales ou territoriales.

ANNEXE 5 : Etudes promotionnelles

ANNEXE V-1

Arrêté du 23 novembre 2009 fixant la liste des diplômes et certificats du secteur sanitaire et social acquis en fin d'études promotionnelles par les agents des établissements énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

Article 1

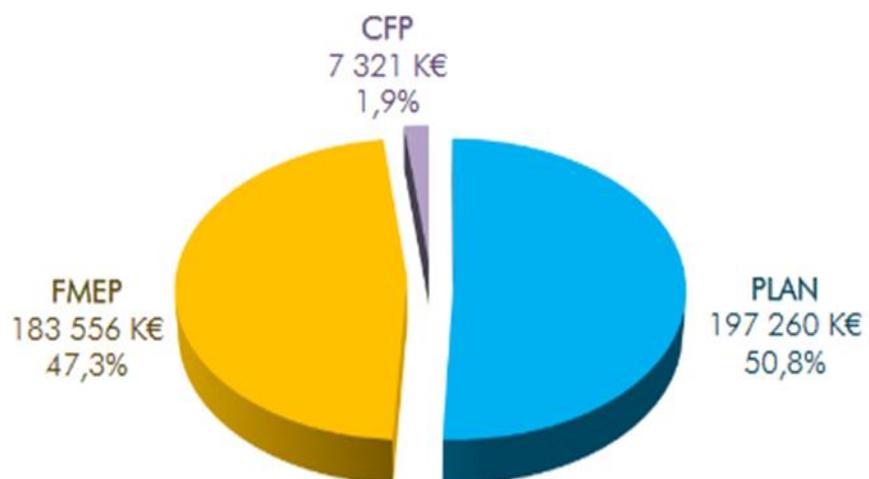
Les diplômes et certificats du secteur sanitaire et social acquis en fin d'études promotionnelles par les agents relevant des établissements énumérés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée sont les suivants :

- Diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture
- Diplôme d'État d'aide-soignant
- Diplôme d'État d'infirmier
- Diplôme d'État de sage-femme
- Diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute
- Diplôme d'État d'ergothérapeute
- Diplôme d'État de psychomotricien
- Certificat de capacité d'orthophoniste
- Diplôme d'État de pédicure-podologue
- Certificat de capacité d'orthoptiste
- Diplôme d'État de manipulateur d'électroradiologie médicale
- Diplôme d'État de technicien en analyses biomédicales
- Diplôme d'État de puéricultrice
- Diplôme d'État d'infirmier anesthésiste
- Diplôme d'État d'infirmier de bloc opératoire
- Diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée
- Diplôme de cadre de santé
- Diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social
- Diplôme d'État d'assistant de service social
- Diplôme d'État de moniteur-éducateur

- Diplôme d'État d'éducateur technique spécialisé
- Diplôme d'État d'éducateur spécialisé
- Diplôme d'État de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport
- Diplôme d'État d'éducateur de jeunes enfants
- Diplôme d'État de conseiller en économie sociale et familiale
- Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale
- Brevet professionnel de la jeunesse, de l'éducation populaire et du sport
- Brevet d'État d'animateur technicien de la jeunesse et de l'éducation populaire
- Diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière
- Diplôme d'assistant de régulation médicale.
- Diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social (arrêté du 18 mai 2016)

ANNEXE V-2

Parts des financements des EP en fonction des sources 2020



ANNEXE V-3

Comparaison financement des EP et financement total de la formation continue 2019

AGREMENTS	CHARGES DE FORMATION EP (*) (en K€)	CHARGES DE FORMATION TOTALES (en K€)	%
PLAN	182 510	545 616	33%
FMEP	183 234	183 234	100%
CFP	7 282	55 903	13%
Total	373 025	784 752	48%

(*) Les charges de formations s'entendent hors impact des DEA et RCE.

Source : ANFH

ANNEXE V-4

Répartition des dépenses par types de charges

CHARGES	2016	2017	2018	2019	2020	EVOLUTION 2020/2019
TRAITEMENT	282 363 78,3%	284 467 77,5%	279 277 76,9%	285 148 76,4%	299 864 77,3%	+5,2%
ENSEIGNEMENT	62 313 17,3%	65 956 18,0%	67 085 18,5%	69 424 18,6%	72 985 18,8%	+5,1%
FRAIS ANNEXES (*)	15 900 4,4%	16 761 4,6%	16 944 4,7%	18 454 4,9%	15 288 3,9%	-17,2%
TOTAL	360 576 100%	367 184 100%	363 306 100%	373 025 100%	388 137 100%	+4,1%

(*) Les frais annexes correspondent aux frais de déplacement et d'hébergement

Source : ANFH

ANNEXE V-5

Comparaison régionale des budgets moyens EP par agent

REGION	NB COTISANTS	BUDGET EP REGIONAL EN K€	BUDGET MOYEN AGENT En €
AUVERGNE RHONE ALPES	132 326	51 475	383
BOURGOGNE FRANCHE COMTE	58 563	20 988	358
BRETAGNE	60 731	19 973	328
CENTRE VAL DE LOIRE	48 216	14 422	299
CORSE	5 091	2 163	424
GRAND EST	97 459	37 323	382
GUADELOUPE	6 622	1 467	221
GUYANE	4 288	1 836	428
HAUTS DE FRANCE	105 500	35 680	338
ILE DE FRANCE	158 888	50 032	314
MARTINIQUE	8 168	4 143	507
NORMANDIE	64 268	22 408	348
NOUVELLE AQUITAINE	107 656	37 660	349
OCCITANIE	84 073	33 959	403
OCEAN INDIEN	12 213	5 768	472
PAYS DE LOIRE	63 717	19 275	302
PACA	69 862	29 547	422
SAINT PIERRE ET MIQUELON	373	18	48
TOTAL	1 088 030	388 137	356

Source : ANFH et calcul mission

ANNEXE V-6

Répartition des charge d'EP par type et par délégation 2020

DELEGATIONS	TRAITEMENT	ENSEIGNEMENT	FRAIS ANNEXES (*)	TOTAL
Auvergne Rhône Alpes	40 254 78%	9 566 19%	1 655 3%	51 475 100%
Alpes	13 534 77%	3 306 19%	785 4%	17 625 100%
Auvergne	9 523 77%	2 467 20%	433 3%	12 423 100%
Rhône	17 197 80%	3 793 18%	438 2%	21 427 100%
Bourgogne Franche-Comté	15 741 75%	4 270 20%	977 5%	20 988 100%
Bourgogne	10 143 74%	2 861 21%	624 5%	13 628 100%
Franche-Comté	5 598 76%	1 410 19%	353 5%	7 361 100%
Bretagne	16 184 81%	2 543 13%	1 247 6%	19 973 100%
Centre Val de Loire	10 370 72%	3 191 22%	861 6%	14 422 100%
Corse	1 633 76%	386 18%	144 7%	2 163 100%
Grand Est	28 211 76%	7 592 20%	1 520 4%	37 323 100%
Alsace	10 801 78%	2 722 20%	376 3%	13 898 100%
Champagne-Ardenne	7 489 72%	2 327 22%	564 5%	10 380 100%
Lorraine	9 922 76%	2 543 19%	580 4%	13 044 100%
Guadeloupe	1 036 71%	276 19%	155 11%	1 467 100%
Guyane	1 383 75%	340 18%	114 6%	1 836 100%
Hauts-de-France	27 390 77%	6 849 19%	1 442 4%	35 680 100%
Nord-Pas-de-Calais	17 084 79%	3 996 19%	487 2%	21 567 100%
Picardie	10 306 73%	2 852 20%	955 7%	14 114 100%
Ile-de-France	41 562 83%	8 083 16%	387 1%	50 032 100%
Martinique	2 971 72%	718 17%	454 11%	4 143 100%
Normandie	17 399 78%	4 159 19%	850 4%	22 408 100%
Basse-Normandie	8 060 78%	1 864 18%	444 4%	10 369 100%
Haute-Normandie	9 338 78%	2 295 19%	406 3%	12 039 100%
Nouvelle Aquitaine	28 049 74%	7 565 20%	2 046 5%	37 660 100%
Aquitaine	14 788 75%	3 858 20%	1 118 6%	19 763 100%
Limousin	5 133 75%	1 411 21%	316 5%	6 860 100%
Poitou-Charentes	8 128 74%	2 297 21%	611 6%	11 037 100%
Occitanie	26 235 77%	6 647 20%	1 076 3%	33 959 100%
Languedoc-Roussillon	13 463 76%	3 606 20%	626 4%	17 694 100%
Midi-Pyrénées	12 773 79%	3 042 19%	450 3%	16 264 100%
Océan Indien	3 943 68%	1 160 20%	665 12%	5 768 100%
Pays de la Loire	14 516 75%	3 840 20%	920 5%	19 275 100%
Provence-Alpes-Côte-d'Azur	22 978 78%	5 798 20%	771 3%	29 547 100%
Saint-Pierre-et-Miquelon	10 54%	3 15%	5 31%	18 100%
TOTAL	299 864 77%	72 985 19%	15 288 4%	388 137 100%

(*) Les frais annexes correspondent aux frais de déplacement et d'hébergement

ANNEXE 6 : Groupements hospitaliers de territoire (GHT)

La loi HPST du 21 juillet 2009 complétée par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a posé le cadre des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) avec, pour objectif, la mise en place d'une offre de soins graduée sur le territoire.

Les GHT s'appuient également sur la mise en œuvre de mutualisations, parmi lesquelles figure la formation avec, toutefois, une particularité. Dans ce seul cas, il s'agit d'une coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale d'une part, et des plans de formation continue et de développement professionnel continu (DPC) des personnels, d'autre part. Le terme de coordination laisse ainsi aux GHT et à leurs établissements membres des marges d'initiative possibles pour mettre en place une coopération adaptée au profil du GHT et aux ambitions qu'ils portent, tout en préservant la qualité d'employeur et les instances de chaque établissement partie.

Art. L.6132-1 du code de la santé publique (CSP)

« L'établissement support désigné par la convention constitutive assure (...) pour le compte des établissements parties au groupement: (...) 4° La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement. »

A travers ses déplacements, la mission a ainsi rencontré des situations présentant des degrés différents de coopération. La situation de deux GHT et de leurs établissements pivots est ainsi décrite ci-dessous afin d'illustrer les différences de modes de fonctionnement et les projets possibles.

Différences de fonctionnement établies par la mission entre GHT pilotés par des centres hospitaliers

Activités en matière de formation	GHT à structuration interne difficile	GHT intégré et moteur de la coordination des plans de formation
Etude des besoins	Analyse réalisée à la constitution du GHT sur le contenu du plan, mais non partagée et suivie d'actions.	Analyse actualisée. Même logiciel GESFORM utilisé.
Animation interne	Contacts entre responsables formation sans forte impulsion managériale	Réunions mensuelles des responsables de formation, en plus des contacts informels et des réunions régulières de la hiérarchies (DRH, directeurs). Ces réunions peuvent inclure les directeurs de soins.
Conception du plan	Pas de mutualisation des pratiques, les plans de formation sont élaborés selon des temporalités différentes par les responsables RH formation de chaque établissement. Dans le GHT, se trouvent des adhérents à l'ANFH et d'autres pas.	L'élaboration des plans de formation restent de la responsabilité de chaque établissement, mais les orientations sont débattues entre responsables RH en amont et calendrier est coordonné.

		Souhait du directeur de l'établissement support d'avoir la possibilité de définir un plan de formation commun.
Mutualisation des formations	Pas à ce stade, mais un marché public pour des formations bureautiques/secrétariat est prévu, avec des places en stage offertes à plusieurs établissements par l'établissement support.	Oui, ouverture privilégiée de la plupart des formations réalisées dans les IFSI, IFAS et autres instituts du CH aux autres établissements du GHT. Objectif de réaliser une offre partagée de formation visible pour les agents.

Source : Entretiens lors des déplacements de la mission août et septembre 2021

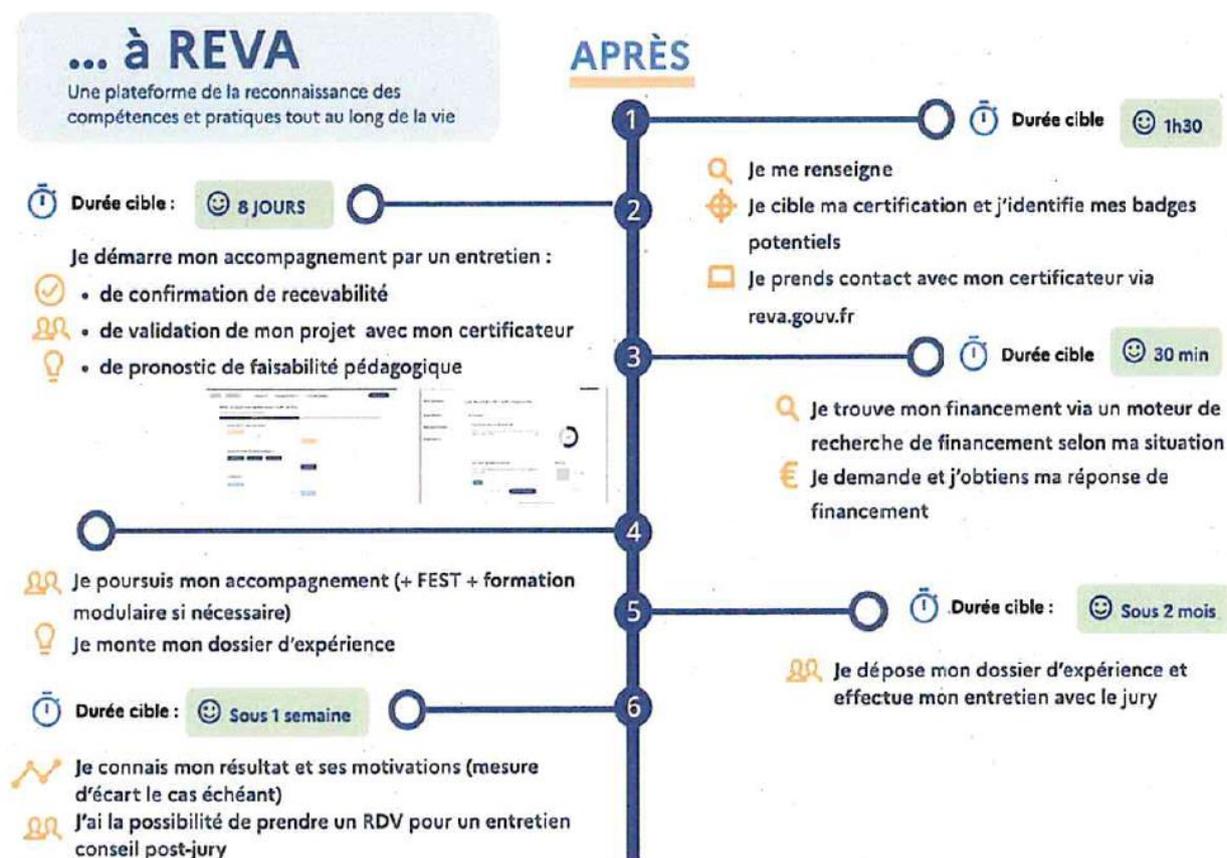
ANNEXE 7 : Validation des acquis de l'expérience

Les textes réglementaires des 18 diplômes et titres ouverts à la VAE dans le secteur sanitaire et social ont été complétés par l'arrêté du 4 juillet 2017.

- La liste est la suivante :
 - Diplôme d'État d'Aide-Soignant (DEAS),
 - Diplôme d'État d'Auxiliaire de Puériculture (DEAP),
 - Diplôme d'État d'Infirmier de Bloc Opératoire (IBODE),
 - Diplôme de Préparateur en Pharmacie Hospitalière (DPPH),
 - Diplôme d'État d'Auxiliaire de Vie Sociale (DEAVS),
 - Diplôme d'État d'Educateur Spécialisé (DEES)
 - Diplôme d'État d'Aide Médico-Psychologique (DEAMP)
 - Diplôme d'État d'Educateur Technique Spécialisé (DEETS)
 - Diplôme d'État d'Educateur de Jeunes Enfants (DEEJE)
 - Diplôme d'État d'Ergothérapeute (DEERGO)
 - Diplôme d'État d'Accompagnant Educatif et Social (DEAES)
 - Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale (CAFERUIS)
 - Diplôme d'État d'Assistant Familial (DEASF)
 - Diplôme d'État de Technicien de l'Intervention Sociale et Familiale (DETISF)
 - Diplôme d'État d'Assistant de Service Social (DEASS)
 - Diplôme d'État de Médiateur Familial (DEMF)
 - Diplôme d'État d'ingénierie Sociale (DEIS)
 - CAP Petite Enfance

Schématisation de l'expérimentation REVA pour une réforme de la validation des acquis de l'expérience¹²⁹

Le projet permettrait d'une part des parcours plus rapides et administrativement plus légers (oral pour le livret 1 sous forme entretien préalable, pas de documents justificatifs, une plate-forme unique, un passeport sous forme de compétences (badges), et renforcerait d'autre part l'accompagnement plus en amont, jusqu'au passage devant le jury.



¹²⁹ De la VAE 2002 à REVA 2021, rapport de la mission de préfiguration, O Gérard Beta.gouv.fr

ANNEXE 8 : Développement professionnel continu (personnels non médicaux)

1 Le constat de difficultés mise en place du DPC dans la FPH

Le Développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé, a été initié par la loi Hôpital, patients, Santé et Territoires (HPST) en 2009 et fut adapté par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de Modernisation du Système de Santé.

Il fait suite aux réformes successives qui ont vu initialement l'obligation de Formation Médicale Continue (FMC) par la loi Santé publique de 2004, l'EPP avec un décret 2005-346, l'accréditation des médecins décret 2006-909).

Mais la mise en œuvre du DPC rencontre, depuis ses débuts, des difficultés dans le secteur hospitalier, tel qu'en atteste, par exemple, la sous-consommation des crédits attribués par l'Agence Nationale du DPC (ANDPC) à l'ANFH au titre de sa contribution au financement du DPC des médecins hospitaliers.

Pour illustrer la difficulté de colliger les données, les chiffres clef de l'ANDPC 2020 ne prennent pas en compte les professionnels salariés des établissements de santé : « l'agence ne dispose pas encore de l'information relative à la part la plus importante des effectifs (2/3) qui concerne les salariés des établissements de santé et médico-sociaux.... ». Il y a méconnaissance du nombre de professionnels hospitaliers engagés en DPC. A titre d'exemple, au Centre Hospitalier de Blois, le nombre de personnels non médicaux satisfaisant l'obligation de DPC est en chute ces dernières années : 14 % en 2018, 11 % en 2019 et 3 % en 2020.

1.1 Une ambiguïté historique entre la FTLV et le DPC

La FPTLV est inscrite dans code du travail (Code du travail, art L6111-1). Elle relève de la responsabilité de l'employeur pour ses salariés, afin d'adapter notamment le professionnel à son environnement de travail.

Le DPC est inscrit dans le code de santé publique (Code de santé publique, chapitre IV). Le DPC inclut la formation, l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et la Gestion des risques. Il s'agit d'une obligation qui pèse cette fois sur le professionnel qui démontre le maintien de ses compétences (et apporte les preuves à l'organisme de contrôle concerné). Il s'agit, en quelque sorte, d'une « démarche qualité individuelle ».

De fait, la maïeutique du dispositif DPC est liée aux équilibres trouvés entre les professions de santé libérales et l'Assurance Maladie au travers de conventions. Des textes postérieurs tentent de rompre avec cette origine en mettant en place un pilotage commun à l'ensemble des professions de santé, quel que soient leurs modes d'exercice, mais le dispositif demeure marqué, tant par son approche individuelle que par son fonctionnement, par cette histoire et par ces liens avec des publics professionnels libéraux.

Ce faisant, le DPC des professionnels libéraux est cognitif (67,3 % en 2018, 91 % en 2019¹³⁰): le DPC est ainsi assimilé aujourd'hui, d'une manière surreprésentée, par la Formation, alors qu'il n'en est qu'une déclinaison.

1.2 Une difficulté à développer le DPC dans la FPH

Compte tenu du manque d'ampleur de développement à l'hôpital, un groupe de réflexion, composé de ANDPC, AP-HP, Conférence des DG de CHU, Conférence des DG de CH, conférence des présidents de CME de CHU, conférence des présidents de CME de CH, ANFH, FHF, HAS, s'est penché sur le constat de difficultés identifiées à l'hôpital (Groupe de réflexion sur le DPC à l'hôpital, 24 mai 2018; source ANDPC) :

- les acteurs hospitaliers ont globalement une faible connaissance du DPC. Nombre d'entre eux sont perplexes quant à son utilité et sa pérennité dans un contexte où d'autres dispositifs émergent, notamment la « recertification » des médecins,
- les formalités administratives sont considérées trop lourdes et peu claires tant pour se constituer en Organisme de DPC que pour déposer des actions,
- les démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité sont déconnectées du système de DPC qui ne reflète pas ou insuffisamment cette dynamique,
- la procédure de dépôt d'actions auprès de l'Agence est inadaptée à la saisie des démarches d'EPP et de gestion des risques,
- il existe une dispersion de la gouvernance du DPC au sein des établissements, lié à la transversalité du dispositif, à cheval entre directions RH, qualité et affaires médicales, CME et commission des soins...
- les systèmes d'information et les outils de gestion reflètent cette dispersion et ce cloisonnement de la gouvernance et il n'existe pas un système de suivi unifié,
- l'absence de mécanismes incitatifs et valorisant l'engagement dans un parcours de DPC tant pour le professionnel (comment valoriser son parcours ?) que pour l'établissement (pas de connexion avec les mécanismes d'évaluation des établissements tels que la certification).

Dans ce contexte la visibilité est difficile par les professionnels de santé de la FPH qui méconnaissent en général la procédure de reconnaissance des actions de DPC et n'ont donc pas ou peu recours au système de reconnaissance du DPC :

- seule une petite part des démarches d'amélioration (réunions de concertation pluridisciplinaire, actions d'évaluation des pratiques professionnelles, de gestion des risques etc.) mises en œuvre par les professionnels au sein des établissements de santé fait l'objet d'une reconnaissance au travers du système de DPC alors même qu'il s'agit d'une composante essentielle du DPC. Il n'y a pas de consolidation des chiffres au plan national sur ce sujet,
- certaines actions sont invalidées, a posteriori, par la Commission scientifique indépendante de l'ANDPC. Ainsi, par contrôle de la conformité scientifique et pédagogique sur la base d'un échantillonnage, 50 % des actions de formation des médecins ont un avis défavorable après réalisation, et cela est délétère pour les agents et les établissements¹³¹.

¹³⁰ Rapport d'activité 2019 ANDPC

¹³¹ audition de la Directrice de l'ANDPC, 08/2021

- pour les actions de formation, les acteurs ont tendance à se tourner vers le dispositif de formation continue, géré par la OPCO et l'ANFH, pour obtenir une reconnaissance et un financement.

1.3 La démarche pour un infirmier salarié d'un établissement de santé

La prise en charge par l'ANDPC pour un infirmier en 2021 est de 14 heures (FC, EPP, GDR, programmes intégrés i.e. au moins deux actions sur FC-EPP-GDR). En sus, 21 heures peuvent être attribuées au titre de l'inscription à des actions sélectionnées dans le cadre de l'appel à projets « DPC interprofessionnel en appui de l'exercice coordonné en santé » sur le triennal 2020-2022, mais intéresse les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et ne concerne pas les agents salariés des établissements de santé.

Concrètement, l'agent doit créer ou disposer d'un compte sur le site www.agencedpc.fr

S'il s'agit d'un établissement de santé ou d'un établissement médico-social ou sanitaire, habilité par l'ANDPC en tant qu'organisme de DPC (ODPC), celui-ci doit déposer son offre de formation pour validation et évaluation auprès de l'Agence avant toute inscription. Cela signifie que l'établissement de santé doit faire la démarche pour un EPP ou RMN, actions qui sont de pratique courante et régulière au sein des services/pôles.

L'ODPC informe l'agent sur les modalités de participation.

Avant la date de début de la session de DPC :

- l'infirmier doit demander son inscription à l'action de DPC souhaitée sur www.mondpc.fr
- l'établissement ODPC employeur dispensant l'action confirme l'inscription de l'agent.

L'acceptation de prise en charge par l'ANDPC ainsi que les montants de prise en charge mentionnés lors de l'inscription sont indicatifs. Ils sont soumis à la vérification de l'éligibilité du professionnel de santé au financement par l'Agence, qui ne peut intervenir qu'une fois validée la demande de solde par l'organisme (règles de prise en charge des actions de DPC, ANDPC, mise à jour du 11 décembre 2020).

Pour chaque action réalisée, à partir de 3 heures de formation consécutives, l'indemnisation forfaitaire est variable, selon qu'il s'agit d'actions de Formation continue en présentiel, en distanciel (respectivement 33,76 euros vs 16,88 euros/h) ou mixte. Pour les EPP et GDR, le forfait est de 33,76 euros, indépendamment des modalités de formation. Le forfait est de 33,76 euros pour les programmes intégrés. Ainsi un programme de DPC intégré, mixte, composé de 3 heures en présentiel et de 1 heure en distanciel entraînera le versement pour l'agent un forfait de 135,04 euros pour l'infirmier, sous réserve du nombre d'heures non consommé du forfait (Forfait infirmier 2021, ANDPC).

L'action de formation peut être invalidée ou désinscrite, après que la formation soit dispensée, par les Commissions scientifiques indépendantes (CSI) de l'ANDPC.

1.4 L'illisibilité du financement

Il n'y a pas d'incitation pour que les établissements de santé donnent à voir les budgets spécifiquement dédiés au DPC pour les personnels non médicaux. Il existe un module DPC sur Gesform (outils ANFH) mais les établissements n'ont aucune incitation à s'en servir.

Il y a donc indistinction des fonds DPC pour la FPH, que ce soit pour les non médecins (tout est financé sur le 2,1 % plan de formation) ou les médecins (tout est financé sur les 0,5 ou les 0,75 %).

L'ANFH hormis sur l'enveloppe spécifique qui lui est attribuée par l'ANDPC pour les médecins, ne parvient pas à rendre compte précisément du DPC hospitalier.

Il n'y a d'ailleurs à ce jour pas d'outils de système d'information partagé entre les différentes institutions.

2 Sans être des recommandations, quelques pistes pour développer le DPC dans la FPH

2.1 Adapter le dispositif à la FPH : valoriser le collectif

Même si le DPC relève d'une démarche individuelle, le travail en équipe, au sein d'un service, d'un pôle, par nature pluridisciplinaire, doit être reconnu.

Ainsi, l'Evaluation des pratiques professionnelles et la Gestion des risques font partie intégrante, outre les actions cognitives, du Développement professionnel continu. Ceci est effectué dans les établissements publics de santé de manière systématique et systémique, et par là même, sur la base d'un travail collectif.

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) correspond à la mise en œuvre de méthodes et outils d'amélioration des pratiques professionnelles, dans le cadre d'une démarche par nature collective, pluri disciplinaire, dans les établissements de santé. L'EPP consiste à analyser l'activité clinique réalisée par rapport aux recommandations professionnelles disponibles actualisées, afin de mettre en œuvre un plan d'amélioration de l'activité professionnelle et de la qualité des soins délivrés aux patients. L'analyse des écarts avec la pratique souhaitée se fait au sein du service hospitalier, pluri professionnel, afin de mettre en œuvre les actions d'amélioration au sein de l'équipe, avec un calendrier et des moyens dédiés.

De même, une revue de morbidité et de mortalité (RMM) est une analyse collective, rétrospective et systémique (organisationnelle, technique, humaine) de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage à un patient. Elle permet de dépasser la réflexion sur un individu et est conduite de manière collective au sein du service/pôle.

Enfin, la Gestion des Risques (GR) vise à lutter contre les événements indésirables associés aux soins, et prend en compte les attentes des usagers et les évolutions réglementaires les plus récentes. Elle procède d'une vision, non pas individuelle, mais systémique qui inclue la gouvernance, la coordination et mise en œuvre opérationnelle.

L'exercice hospitalier, avec la prédominance du fonctionnement en équipe, doit avoir sa traduction en terme de DPC et ne doit pas se traduire par un alignement strict avec les règles encadrant le DPC des libéraux.

Les textes prévoient pourtant cette adaptation aux spécificités des différents exercices. L'article L. 4021-5 du code de la santé publique précise ainsi que « *le DPC se réalise dans le respect des règles d'organisation et de prise en charge propres aux différents secteurs d'activité des professionnels de santé, notamment par les employeurs [...]* ». Par ailleurs l'ANDPC se déclare, depuis plusieurs années (CR Réunion de travail 2018), particulièrement attachée à la promotion du DPC interprofessionnel et des démarches engageant des équipes de soins en situation de travail. Mais dans les faits, la mise en œuvre en établissement de santé ne se développe que peu.

Les actions de DPC sont conceptuellement verticales dans leur mise en œuvre. S'agissant de la FPH, il faut passer d'une approche disciplinaire à une approche de champs disciplinaires, multi acteurs, pluri professionnelle.

Le professionnel de santé, à la faveur du recensement des actions DPC opérées au sein de l'établissement, doit ainsi pouvoir valoriser un DPC par sa participation au sein d'une action collective, EPP, GR, dans un service/pôle en établissement de santé.

2.2 Donner de la visibilité au soutien institutionnel et valoriser les actions qui relèvent du DPC

Il apparaît que la gouvernance interne du DPC est protéiforme et peu d'établissements de santé semblent avoir mis en place une animation institutionnelle transversale du DPC : la ventilation des responsabilités s'opère entre la direction des Ressources Humaines, la direction des affaires médicales, la direction qualité, la Commission Médicale d'Établissement, la direction des soins et la CSIRMT (Commissions des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques).

Une démarche plus efficiente entre DRH, DAM et Direction qualité serait de nature à démontrer plus encore le soutien au DPC.

Par ailleurs, les EPP et GR sont intégrées à la pratique médicale en établissement de santé. Les hôpitaux pourraient davantage déclarer ces actions constitutives du DPC pour leurs agents qui relèvent du DPC.

Selon l'ANDPC, les CHU de Bordeaux, Lyon et Nantes effectuent particulièrement cette démarche.

Cela aurait deux avantages :

- reconnaître le DPC en situation collective de travail pour les agents concernés,
- équilibrer la surreprésentation des actions cognitives aujourd'hui (97 %, selon les informations transmises lors de l'audition de la directrice de l'ANDPC).

2.3 La certification périodique des professionnels de santé (Ordonnance n°2021-961 du 19 juillet 2021)

Dans le contexte de la certification professionnelle périodique à venir, qui inclue le DPC¹³², on peut s'interroger s'il ne serait pas opportun, avant la mise en place, de stabiliser le DPC en général (périodes contemporaines ou non DPC/PPP, professionnel de santé non conventionné, passeport DFC, articulation FPTLV et FC du DPC, système d'information partagé...) et dans la FPH en particulier (adaptation à l'exercice collectif en établissement de santé, valorisation des EPP et GR).

Cela concerne, s'agissant notamment du personnel non médical, de grandes cohortes : pour les IDE, qui sont 700988 recensés par RPPS/ADELI, 65 % ont un exercice salarié hospitalier et 49 % ont comme principal employeur l'Hôpital public (source DREES, CNAM 2021). Le taux d'inscription à l'Ordre est d'environ 50 %.

La FHF est prudente sur le sujet de la certification périodique, et pose la question du degré de priorité qu'on accorderait à la mettre en place dans le contexte actuel. Il lui semblerait nécessaire, plutôt, de réformer en profondeur le DPC.

¹³² État des lieux et propositions en vue de la préparation des ordonnances sur la « recertification » des professionnels de santé à l'ordre, Rapport Vinquant, Igas, février 2021

ANNEXE 9 : Actions de formation nationales

Comparaison des AFN 2016/2020

AFN	Bilan final édité	Total sessions	Total stagiaires	Taux de démultiplication (stagiaires)
2016	Oui	140	1 415	31%
2017	Oui	396	4 411	65%
2018	Oui	295	2 962	45%
2019	Non	106	1 157	26%
2020	Non	-	-	-

Source : ANFH

ANNEXE 10 : Avis des partenaires sociaux sur le plan d'actions de formation

Dans le cadre de ses entretiens, la mission a entendu différentes organisations syndicales ou professionnelles pour éclaircir les enjeux de la formation continue pour la FPH et le contenu éventuel de ce que pourrait être un plan national d'actions sur la formation. Les avis recueillis, certains écrits, souvent hors d'un mandat et d'une expression officielle de l'organisation en question, sont synthétisés ci-après.

- La FHF, tout en rappelant son attachement à l'autonomie des établissements, a confirmé les carences des orientations nationales, qui manquent de sélectivité dans les objectifs et ne constituent pas des axes clairs, agissant comme des signaux pour les établissements. Dans ce contexte, la stratégie régionale de l'ANFH peut conduire à pallier le manque de message ou d'impulsion à l'échelle nationale. La FHF ne s'est pas directement prononcée sur des objets de formation possibles mais a évoqué comme priorités l'appui par la formation au recrutement sur des métiers en tension (IDE, IBODE, AS) et le secteur du management (et l'opportunité d'un socle commun de formations identifiées pour la réussite dans ces fonctions managériales¹³³), avec un objectif de renforcement de l'attractivité du service public.
- Une organisation syndicale signataire des accords du Ségur de la santé, la CFDT, attachée à l'articulation de la formation avec la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences et les projets d'établissements, a cependant souhaité qu'un plan national permette d'accompagner par la formation (ou par la VAE) les ASH « faisant fonction » pour devenir AS et être nommés en tant que tels. Ont aussi été soulignés le besoin de lever des freins financiers qui pénalisent la promotion par la formation¹³⁴, le renforcement du nombre d'actions de formation à destination des agents de catégorie C et le développement de la validation des acquis de l'expérience, en mode hybride. Cette même organisation syndicale a confirmé son attachement aux modalités de gestion déconcentrées de l'ANFH, afin de s'assurer de programmes adaptés aux besoins des établissements. Enfin, s'agissant de l'élaboration du plan de formation, le dialogue social doit permettre d'enrichir le plan de formation, notamment de définir des priorités de formation, les conditions d'accès à la formation y compris pour le CPF, le budget alloué et de faire le bilan et l'évaluation de la politique conduite.
- Une autre organisation signataire (FO) des accords du Ségur de la santé a fait état d'une faiblesse et d'un manque d'entraînement des actions de formations nationales. Sans établir de lien avec le périmètre d'un éventuel plan national d'actions de formations, elle a confirmé l'intérêt de traiter les freins financiers à la formation, notamment en études promotionnelles (primes et frais de déplacements) et de développer les formations d'accès à la qualification, en premier lieu pour les « faisant fonction ». S'agissant de l'élaboration du plan de formation, cette organisation souligne que la formation professionnelle doit être l'objet d'un dialogue social renforcé ; l'adoption du plan de formation des établissements étant un révélateur de la qualité du dialogue social dans un établissement. Il s'agit de favoriser les démarches individuelles, garanties collectivement, des agents en général et des agents de catégorie C en particulier, afin qu'ils s'approprient la formation. Le plan

¹³³ Cf. infra, groupe de travail D. Charpentier auquel la FHF a participé.

¹³⁴ Contribution transmise à la mission : « Aujourd'hui, ce reclassement s'opère certes dans une catégorie supérieure mais à l'indice égal ou immédiatement supérieur. Ces agents ne perçoivent plus la prime de 10 % liée à leur fonction AS et elle n'est pas prise en compte pour leur reclassement. »

de formation doit être élaboré par la négociation et sa mise en œuvre comme le suivi, régulé par le CTE.

- Une troisième organisation signataire (UNSA) des accords du Ségur de la santé, sans exprimer de demandes sur un plan national, a confirmé l'intérêt d'agir sur le volume des études promotionnelles, quitte à développer le positionnement préalable des agents, mais aussi sur des formations d'adaptation des pratiques professionnelles (y compris par des compétences transversales, et en EHPAD) et sur la qualification des « faisant fonction ».
- Une organisation non signataire des accords, la CGT, a indiqué que des priorités nationales peuvent se justifier mais doivent être à la main des délégations régionales et ne sauraient être identiques pour toutes les régions, car elles gagnent à être retravaillées et équilibrées. L'augmentation du taux d'accès à la formation, y compris pour les catégories C et les non-soignants est l'objectif central, auxquels des moyens accrus pour les études promotionnelles mais aussi pour l'environnement de la formation (maintien des primes et CTI pendant la formation) devraient répondre. S'agissant de l'élaboration du plan de formation, l'organisme pose qu'il est essentiel d'avoir des bilans intermédiaires pour le suivi de la consommation des plans au sein des instances des établissements, notamment via la commission de formation et l'ensemble des partenaires sociaux, avec le suivi du consommé dans l'année et donc la possibilité d'ouvrir d'autres formations en fonction des besoins.
- Une autre organisation syndicale non signataire des accords (SUD) met en avant trois constats : l'attractivité des métiers de la FPH est en baisse, le fait que beaucoup de demandes de formations sont insatisfaites et l'existence de grandes disparités d'acceptation et d'accompagnement des agents selon les régions ou les départements (ex Martinique *versus* Guadeloupe). L'organisation syndicale émet le vœu qu'un cadrage national soit fait et respecté quant à la disparité des politiques d'établissement en matière de formation continue.
- Des représentants de la Conférence Nationale des Directeurs de Centre Hospitalier (CNDCH), s'exprimant sans mandat officiel de la conférence, ont indiqué le souhait de disposer d'une enveloppe additionnelle incitative pour conduire un plan national obligeant les établissements à s'engager dans un effort accru de formation ciblé. Deux objectifs pourraient être visés : la formation à des métiers médico-soignants, dans l'optique de création de professions intermédiaires (à ce stade, les infirmiers en pratique avancée, ce champ étant susceptible de s'étendre) ; des formations transversales (management participatif, intégration des objectifs de développement durable).
- Le président de la Conférence Nationale des Directeurs d'Établissements pour Personnes Agées et personnes Handicapées (CNDPEAH) a évoqué comme priorité - en complément d'une augmentation des effectifs des agents partant en formation - la structuration d'un parcours de professionnalisation pour les AS, avec pour objectif l'amélioration des prises en charge des personnes accueillies. Il s'agirait après le diplôme d'État, nécessairement généraliste, d'augmenter massivement les formations et qualifications d'assistant en soins en gérontologie¹³⁵, complétées, si besoin par des formations plus orientées sur les soins techniques.

¹³⁵ Les formations d'ASG promues dans le cadre du plan Alzheimer font l'objet d'une convention entre la CNSA et l'ANFH. 3219 formations ont été financées entre 2013 et 2019, concernant 2314 établissements. Pour comparaison, le nombre d'aide soignants était estimé à 245 219 au 31 décembre 2017 (source : DREES, SAE 2017, hors élèves en cours de formation).

ANNEXE 11 : Éléments sur le groupe de travail DGOS « renforcer et reconnaître le management hospitalier »

La mission a pris connaissance des conclusions d'un groupe de travail sur le management hospitalier, réuni courant 2019. Celui-ci a déterminé des compétences socles pour l'exercice d'une fonction managériale à hôpital, quel que le soit le statut ou métier initial. L'identification de ces compétences socles et de paliers éventuels pourrait constituer une référence utile pour évaluer et améliorer les savoir-faire et savoir-être des managers.

Les travaux du GT Charpentier conduit entre mars et novembre 2019 ont mis en évidence le management comme l'un des principaux leviers pour l'amélioration de la qualité de vie des professionnels et la création d'un collectif de travail solidaire autour du patient. Soutenir une approche aussi décloisonnée que possible du management hospitalier entre médecins, cadres, directeurs, renforcer le rôle du manager dans l'organisation, en développant la confiance notamment dans l'échelon de proximité, nécessitent de définir des compétences managériales attendues pour toute prise de poste en établissement. Ces compétences peuvent être déclinées aux trois niveaux de responsabilité (service, pôle, établissement). Comme pistes d'actions, le GT a préconisé l'insertion d'un volet managérial obligatoire dans le projet de service, pour légitimer ce sujet comme contribuant au bon fonctionnement quotidien des services, la systématisation d'une charte managériale d'établissement, l'enrichissement de certains programmes de formation initiale, mais aussi l'instauration par voie réglementaire d'une obligation de formation de tous les managers hospitaliers, pour tout responsable dans les 24 mois suivant sa prise de fonction ou son renouvellement.

Les « compétences socles » à acquérir qui ont été identifiées sont de quatre ordres :

- 1/ la connaissance de l'environnement hospitalier : présentation de la charte managériale de l'établissement, de son organisation interne, des instances et règles de dialogue social et de dialogue avec les usagers, des ressources et circuits à la disposition des managers.
- 2/ la capacité à fédérer, motiver et à déléguer : méthodes pour fédérer son équipe et obtenir l'adhésion, pour organisation la prise de parole au sein de l'équipe (conduite de réunion, présentations), les méthodes de délégation et l'évaluation des collaborateurs.
- 3/ l'aptitude à prendre soin du collectif, à gérer les relations interpersonnelles et à veiller à la qualité de vie au travail : études de cas sur des collaborateurs en difficulté, prévention des risques psychosociaux et de l'épuisement professionnel, prévention et gestion des conflits.
- 4/ la capacité à gérer des projets et à accompagner le changement : pilotage des changements organisationnels, fondamentaux de la gestion de projet, outils et méthodes propres à son établissement.

Pour acquérir ces notions et souligner le niveau d'exigence porté par l'État, qui va au-delà de la sensibilisation, une formation obligatoire de 21 heures est proposée. Ces formations seraient proposées par les établissements, avec leurs ressources, au sein des GHT ou avec des prestataires. La durée de 24 mois nécessaire à la réalisation de la formation ne serait mise en œuvre qu'en 2024, afin de s'assurer de la maturité du marché et du temps laissé aux établissements pour s'organiser. Cette obligation pourrait se matérialiser dans un « passeport managérial » faisant partie des pièces à communiquer par tout encadrant pour candidater dans un nouvel établissement ou en interne à l'établissement.

ANNEXE 12 : LA FORMATION EN SITUATION DE TRAVAIL

1 Une formule de développement des compétences récente, porteuse dans le secteur de la fonction publique hospitalière

▪ L'AFEST, une évolution récente

L'action de formation en situation de travail (AFEST) constitue une innovation pédagogique, issue de diverses pratiques informelles, couramment employées dans certains milieux professionnels notamment dans le cadre du compagnonnage. Ces initiatives ont été formalisées et suivies par l'État et les partenaires sociaux entre 2015 et 2018 dans le cadre d'une expérimentation nationale, réunissant 13 OCPA¹³⁶. L'innovation consiste à la fois à sortir du modèle scolaire ou académique mais aussi de la conception de la formation interne à l'entreprise comme devant être dispensée dans des locaux distincts des lieux de production¹³⁷.

La loi n°2018-771 du 5 septembre 2018 « pour la liberté de choisir son avenir professionnel » a permis de sécuriser le financement de ces actions, en la posant comme une des modalités possibles de délivrance d'une action de formation¹³⁸. Le décret n°2018-1341 du 28 décembre 2018 a précisé les préalables indispensables à la préparation, la réalisation et l'évaluation d'une AFEST, qui distingue l'AFEST d'une activité de production ou d'une formation sur le tas ou d'une auto-formation.

En effet, l'AFEST relève d'une intention pédagogique organisée qui comprend :

- « l'analyse de l'activité de travail pour, le cas échéant, l'adapter à des fins pédagogiques ;
- la désignation préalable d'un formateur pouvant exercer une fonction tutorale ;
- la mise en place de phases réflexives, distinctes des mises en situation de travail et destinées à utiliser à des fins pédagogiques les enseignements tirés de la situation de travail, qui permettent d'observer et d'analyser les écarts entre les attendus, les réalisations et les acquis de chaque mise en situation afin de consolider et d'explicitier les apprentissages ;
- des évaluations spécifiques des acquis de la formation qui jalonnent ou concluent l'action. »¹³⁹

Le lien très étroit avec l'organisation du travail et le degré d'implication nécessaires du formateur comme des formés constituent un des attraits de l'AFEST.

¹³⁶ Cette expérimentation lancée en 2015 a été co-pilotée par l'État, le comité paritaire national emploi formation (COPANEF) réunissant les partenaires sociaux interprofessionnels, avec l'aide du FPSPP, du Cnefop et du réseau ANACT. Pour mener à bien cette expérimentation, 13 OPCA ont été mobilisés ainsi qu'une cinquantaine d'entreprises autour de 21 projets. Cf. COPANEF, CNEFOP, DGEFP, FPSPP « Expérimentation Afest Action de Formation En Situation de Travail », juillet 2018.

¹³⁷ « Dans cette conception historique, l'entreprise par nature 'prédatrice' ne saurait être naturellement formatrice ».

¹³⁸ Art. L. 6313-2 du code du travail « L'action de formation mentionnée au 1° de l'article L. 6313-1 se définit comme un parcours pédagogique permettant d'atteindre un objectif professionnel. Elle peut être réalisée en tout ou partie à distance. Elle peut également être réalisée en situation de travail. »

¹³⁹ Art. D. 6313-3-2 du code du travail.

- **Un type de formations qui présente des intérêts en milieu de travail sanitaire et social**

Dans le cadre des établissements sanitaires, sociaux ou médico-sociaux, ce type d'actions semble particulièrement adapté pour répondre à certaines problématiques du système de soins : la nécessité de travailler sur les organisations, et dans ce cadre sur les interactions entre professionnels, la formation d'un collectif, dans un contexte changeant, l'importance de la réalisation de certains gestes techniques ou postures professionnelles in situ, la traduction effective possibles des résultats de la formation dans un cadre collectif. Or, le « départ en formation » d'un professionnel isolé pour acquérir des apprentissages nouveaux comporte pour risque de ne pas pouvoir mettre en pratique les compétences ou usages acquis au sein de son collectif de travail. Par définition, l'AFEST n'interrompt pas complètement les activités de production et ne constitue pas un « départ en formation » en tant que tel : l'agent ou les agents qui y participent poursuivent tout ou partie de leurs tâches, les attentes « productives » à l'égard de l'apprenant ne sont pas totalement suspendues. Aussi, cette modalité de formation peut s'avérer moins directement perturbante dans un contexte de tension sur les effectifs et la gestion des plannings.

Enfin, l'AFEST est particulièrement bien adaptée pour travailler à partir d'activités organisées voire codifiées, ou existe des référentiels, afin de les analyser et de les aménager si besoin. Or, le fort degré de réglementation, l'existence et la révision de référentiels constituent des caractéristiques répandues en milieu hospitalier ou médico-social, afin de maîtriser les risques inhérents à l'activité de soins.

Elle comporte aussi un point de vigilance, qui est le « *risque d'incidents de production inhérents à la situation formative*.¹⁴⁰ » L'objectif est de sécuriser l'environnement de l'apprenant pour lui permettre de partager ses doutes, de questionner, d'engager des pratiques réflexives, et ce sans crainte du jugement managérial immédiat, mais sans négliger les règles de sécurité qui s'appliquent.

2 L'analyse d'une expérimentation au CHRU de Nancy¹⁴¹

Courant 2017, le CHRU de Nancy est confrontée à des changements organisationnels au sein du pôle enfant-néonatalogie qui mettent en exergue des difficultés dans la transmission des informations entre professionnels et dans la continuité des soins. Des unités chargées des mêmes spécialités se rapprochent et le temps de travail est revu avec le passage à un cycle de douze heures consécutives pour les infirmiers, aide soignants et auxiliaires de puériculture. A un chevauchement d'une heure entre équipes présentes succèdent un planning qui limite le temps de chevauchement et donc de transmission des informations à 10 minutes. Or, le dossier patient informatisé n'a pas été pleinement intégré par tous les professionnels et comporte de nombreuses annotations manquantes sur le suivi des patients.

C'est dans ce contexte qu'une action de formation dite « raisonnement clinique et continuité des soins » est conduite à l'attention de 55 agents. Cette action vise à permettre de « structurer l'organisation et le contenu des transmissions » dans les dossiers et à l'oral, d'« élaborer le plan de soin infirmiers » et « d'organiser les transmissions et les interfaces au sein de l'équipe pluridisciplinaire (médecins/paramédicaux) »¹⁴². Le cahier des charges de la formation qui ne

¹⁴⁰ La formation en situation de travail (Fest) : quel cadre juridique pour une innovation pédagogique? Jean-Marie Luttringer et Sébastien Boterdael, octobre 2018, publication en ligne sur jml-conseil.fr

¹⁴¹ Les auteurs de l'expérimentation, rencontrés par la mission, ont par ailleurs décrit les enseignements qu'ils en ont tiré dans la revue hospitalière de France. VIAUX, A, ESNAULT, N « Former en situation de travail, appui au changement des organisations de soins », revue hospitalière de France, décembre 2019,

¹⁴² CHRU de Nancy, cahier des charges « raisonnement clinique et continuité des soins », p.4, avril 2017.

s'appelait pas officiellement « en situation de travail »¹⁴³ n'en comportait pas moins l'essentiel des ingrédients : une analyse de la situation de travail préalable, une progression pédagogique avec alternance de temps de travail, en présence de la formatrice et de temps de réflexion ex-post, une évaluation des acquis en fin de formation... ainsi, la formation est prévue durant 8 journées, avec une présence dans les locaux sur une amplitude comprise entre 6h30 et 20h, afin d'accompagner les professionnels au cours de la rédaction des synthèses, de la construction des plans de soins et des temps de transmission entre équipes. Un forfait de 12 k€ a été dépensé pour chaque journée de formation.

L'expérience a été jugée réussie : les carences dans les transmissions écrites ont disparu, le taux de transmission écrites par poste de travail avoisine les 100 %, les temps de transmission sont plus concis et structurés et le tout permet une diminution de la charge de travail. Le volume d'heures supplémentaires généré par les temps de transmission a été fortement réduit. Aussi, ce type de formations a été étendu sur des modalités proches, à d'autres services du pôle et à d'autres pôles du CHU sur d'autres problématiques (mise en place de logiciel dans les réanimations...), et dans le cadre de formations internes, s'appuyant sur le rôle du tuteur.

Les conditions de réussite identifiées sont :

- la qualité de collaboration entre la formatrice et l'infirmière-tuteur, relais de la démarche, avec qui ont été co-construits une partie de la formation et des livrables. L'infirmière-tuteur a ensuite continué sa mission d'accompagnement des équipes, permettant de s'assurer de la durabilité des acquis dans un collectif mouvant (turn over de 15 %) ;
- la capacité de la formatrice à adopter une posture adéquate, ouverte d'esprit et réactive pour traduire des apports théoriques en tenant compte des situations rencontrées, ce qui constitue un niveau d'exigence certain.

La valeur ajoutée de cette formule est perçue par les professionnels à plusieurs niveaux :

- le caractère collectif de l'action de formation, a permis de toucher l'ensemble des 55 agents sur différents cycles de travail et favorisé des échanges entre professionnels. Les médecins ont également été sensibilisés et les temps et modes d'intervention sur le protocole de soins ont été discutés ;
- les professionnels ont eu un sentiment d'« auto-efficacité », car ils ont construit et reconnu leurs réalisations et les progrès accomplis avec des outils de synthèse clinique adaptés et des modalités de transmission qui les sécurisent.

Parmi les prolongements à cette action, une autre formation, comprenant une part notable d'apprentissage en situation de travail, a été engagée en 2018 sur la sécurisation du circuit du médicament, à la suite d'un évènement indésirable grave survenu dans le service de néonatalogie. A partir d'une évaluation préalable des pratiques sur le terrain, la formation a consisté dans la vérification d'un certain nombre de connaissances (concept de proportionnalité mathématique, stockage, analyse des prescriptions, recueil des produits et préparation des traitements, appréhension des principes spécifiques aux traitements des patients de petits poids), puis dans l'alternance de 2 jours de formation en groupe-classe, d'un jour d'exercice pratiques d'approfondissement et d'un jour de temps d'accompagnement et de formation en situation de travail, auprès de certains agents et des organisations repérées à risque. 145 agents ont été formés. La formation a permis de nets progrès (y compris sur le classement des produits, l'utilisation du matériel, les vérifications conjointes, la traçabilité) afin de prévenir les erreurs de prescription.

¹⁴³ Le lancement de la formation est antérieur à la clarification réglementaire intervenue et a fait l'objet d'échanges avec l'ANFH pour déterminer les modalités de prise en charge de cette action présentée comme expérimentale.

ANNEXE 13 : Démarche qualité

1 Les textes législatifs ont installé, depuis 2014, une démarche qualité pour la formation professionnelle

Par la loi du 5 mars 2014, l'État a décidé de légiférer sur la qualité de l'offre de formation. Avant le décret Qualité 2015 (Décret n° 2015-790 du 30 juin 2015 relatif à la qualité des actions de la formation professionnelle continue), les organismes de formation, sans critères précis, ne pouvaient compter que sur l'action des organismes certificateurs pour attester de la qualité de leurs formations : celles-ci étaient certifiées ou labellisées par des bureaux d'études.

Entré en vigueur le 1^{er} janvier 2017, le décret du 30 juin 2015 a été porteur de changements dans la mise en place d'une stratégie qualité au sein des organismes de formation en fixant des critères, en l'occurrence six, permettant d'évaluer la qualité d'une formation professionnelle.

La loi du 5 Septembre 2018 pour *la liberté de choisir son avenir professionnel*, a rendu obligatoire une certification qualité unique, assise sur un référentiel national (Qualiopi) et exigée pour tous les prestataires d'actions concourant au développement des compétences (formation, bilans de compétences, validation des acquis de l'expérience, formation par apprentissage) qui souhaitent accéder aux fonds publics et mutualisés. Cette obligation de certification s'appliquera au 1^{er} janvier 2022.

La démarche Qualiopi viendra ainsi remplacer le système de référencement DataDock & le Label *Qualité des Actions de Formation* qui faisaient office de « contrôle de qualité » des organismes de formation. DataDock reste d'actualité jusqu'au 31 Décembre 2021.

La marque « Qualiopi » est délivrée par des organismes certificateurs accrédités ou autorisés par le Comité français d'accréditation (Cofrac) sur la base du référentiel réglementaire. La démarche qualité doit garantir le respect de sept critères :

- les conditions d'information du public sur les prestations proposées, les délais pour y accéder et les résultats obtenus,
- l'identification précise des objectifs des prestations proposées et l'adaptation de ces prestations aux publics bénéficiaires, lors de la conception des prestations,
- l'adaptation aux publics bénéficiaires des prestations et des modalités d'accueil, d'accompagnement, de suivi et d'évaluation mises en œuvre,
- l'adéquation des moyens pédagogiques, techniques et d'encadrement aux prestations mises en œuvre,
- la qualification et développement des connaissances et compétences des personnels chargés de mettre en œuvre les prestations,
- l'inscription et investissement du prestataire dans son environnement professionnel,
- le recueil et prise en compte des appréciations et des réclamations formulées par les parties prenantes aux prestations délivrées.

Pour chacun de ces critères, le référentiel précise les indicateurs à mettre en œuvre, en fonction de la catégorie d'action concernée : formation, bilan de compétence, VAE, apprentissage.

2 La démarche qualité s'adosse et se limite à la certification des organismes de formation

L'ANFH dans le contrat d'objectifs partagés avec le ministère des Solidarités et de la Santé 2020-2023, expose l'objectif suivant : (4-1) *Développer le contrôle de la qualité des organismes et de la formation*, décliné en deux parties :

- 4.1.1 Garantir que les formations prises en charge soient délivrées par des organismes répondant aux critères qualité définis par la loi du 5 septembre 2018, les décrets 2019-564 et -565 et les arrêtés du 6 juin 2019
- 4.4.2 Contribuer au contrôle de la qualité des Organismes de Formation dans le champ de la FPH.

Dans le même COP, le tableau synthétique des indicateurs (2020) mentionne l'indicateur 4.1.2 relatif au *Nombre d'organismes référencés intégrés dans DataDock/certifiés* (cible 2023, 100 %, données 2020, 88 %).

Enfin, les instances de l'ANFH ont validé l'inscription de la certification Qualiopi dans ses critères de référencement, et le projet d'accompagnement de ses adhérents à cette certification.

La mission a rencontré deux Organismes de Formation, qui ont tous deux l'un des cinq plus gros chiffres d'affaire avec l'ANFH en 2020. A la faveur des échanges, la mission entend le respect des critères à respecter, avec notamment l'évaluation en début de séance de formation, un test de positionnement, une enquête de satisfaction en fin de formation, et une prise de contact pour mesurer le transfert de des compétences acquises à 3-4 mois.

Mais la mission entend aussi le fait que les formations sont jugées trop courtes pour avoir un réel impact. Il est aussi souligné un décalage fréquent entre le cahier des charges et les attentes réelles sur le terrain, parfois lié au délai entre l'appel d'offre et la formation.

3 Ce que pourrait être une amélioration de la démarche qualité des formations en FC

La qualité d'une formation continue se mesure, idéalement, à ses effets rapportés à ses objectifs, précisément définis au préalable, ou aux attentes des agents formés et des établissements.

Les chercheurs en science de l'Education ont tenté de dégager quelques *indicateurs de qualité* qui renvoient au fonctionnement de la formation. Les travaux de recherche et les expériences accumulées permettent de penser qu'ils sont, en général, garant d'une formation de qualité. La qualité de la mise en œuvre de la formation est déterminante mais la conception du dispositif de formation n'en est pas moindre.

Dans la littérature on trouve certains indicateurs de qualité de cette dernière en formation continue :

- une formation fondée sur l'analyse des pratiques et de leurs transformations,
- un référentiel de compétences clés établi avec les professionnels,
- un plan de formation organisé autour des compétences,
- une forte articulation entre théorie et pratique,
- une évaluation formative, c'est à dire qui privilégie la rétroaction à l'agent en formation,

- des temps et des dispositifs d'intégration, de suivi, des acquis sur la durée.

Il n'est en effet pas facile de mesurer l'impact d'une formation, même si un dispositif de suivi est mis en place sur la durée. En outre les conditions d'exercice du métier peuvent changer aujourd'hui assez rapidement, d'un point de vue technique, organisationnel, numérique, et les régulations sont dès lors plus délicates.

Toutefois, la mission fait le constat à la faveur des auditions, que la Formation continue peut être d'une part considérée comme un véritable levier de développement de compétences en lien avec une GPEC, facteur d'attractivité et de promotion sociale, mais d'autre part, et à l'extrême, une obligation souvent utilisée en variable d'ajustement budgétaire.

Ce qui semble certain, c'est que la culture du *Retour sur investissement* et de l'analyse de l'impact de la Formation continue n'est pas encore globalement mûre dans une société où la formation est plus considérée comme une charge que comme un investissement. La FPH ne fait pas exception à la règle.

PIÈCES JOINTES

- 1 Le rôle et la place de l'université
- 2 « MUT 50 » en PACA

PIECE JOINTE 1

NOTE D'ANALYSE

Les universités ont un rôle désormais décisif dans la formation initiale des professions paramédicales mais une place à amplifier en ce qui concerne la formation continue des personnels hospitaliers

1 Un processus d'universitarisation des formations initiales paramédicales encore en cours déploiement

La déclaration de Bologne marque le début de la réforme dite « Licence, Master et Doctorat » (LMD) visant entre autres à l'adoption d'un système de reconnaissance réciproque devant rendre les diplômes universitaires des différents États appelant à cette réforme¹⁴⁴ (plus lisibles et compatibles entre eux ; elle adopte le principe d'un cursus universitaire fondé sur deux cycles de base et un 3^{ème} cycle dédié à la recherche.

La France a choisi une déclinaison progressive des principes alors arrêtés¹⁴⁵. Les formations des professions d'auxiliaires médicaux ou paramédicales sont elles aussi concernées par l'adoption du système L.M.D et ses autres principes à savoir une organisation des études en semestres, l'adoption d'un système de crédits d'enseignement dits *European Credits Transfert System* (E.C.T.S), capitalisables et transférables.

En 2010 la Conférence des présidents d'université (CPU) notait qu'il s'agissait, encore, d'un « chantier considérable ».

Un rapport de l'IGAS et de l'IGAENR¹⁴⁶ a préconisé en 2017, à la suite de la Grande conférence santé (GCS), qu'à la faveur de leur réingénierie, toutes les formations paramédicales postbac, d'une part, conduisent à des diplômes nationaux de l'enseignement supérieur et que, d'autre part, l'obtention du diplôme d'État, dès lors qu'il se traduit par l'acquisition de 180 ou 300 ECTS confère automatiquement le grade de licence ou de master.

Le rapport complétait cette approche en considérant que les diplômes de niveau bac+5, qui sont officiellement crédités de 300 ECTS, « *doivent, comme c'est le cas pour la formation d'orthophoniste et la spécialité d'IADE, conférer le grade de master* ». ¹⁴⁷

À la suite, en 2018, une mission de concertation a été menée afin de poursuivre l'intégration des formations paramédicales et de maïeutique dans l'université. Cinq objectifs prioritaires ont été fixés par la ministre des solidarités et de la santé et la ministre de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation visant à :

¹⁴⁴ La mise en place du LMD (licence-master-doctorat)", IGAENR, rapport à monsieur le ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche à monsieur le ministre délégué à l'enseignement supérieur et à la recherche n° 2005-031 Juin 2005

¹⁴⁵ Décret n°2002-482 du 8 avril 2002 portant application au système français d'enseignement supérieur de la construction de l'Espace européen de l'enseignement supérieur

¹⁴⁶ « Pour une meilleure intégration des formations paramédicales à l'université : mise en œuvre des mesures 5, 6 et 13 de la Grande conférence de santé », rapport IGAS n°2016-123R et rapport IGAENR n° 2017-043, juin 2017.

¹⁴⁷ Idem

- la simplification des modalités d'admission dans les formations ;
- la possibilité de recruter des enseignants-chercheurs en maïeutique, soins infirmiers, et réadaptation ;
- l'établissement d'un cadre national simplifiant les relations institutionnelles et financières entre régions, instituts de formation et universités ;
- la mise en œuvre de formations aux nouveaux métiers en débutant par les pratiques avancées infirmières dès la rentrée 2018 ;
- la reprise, enfin, d'une réflexion sur les référentiels incluant des temps de formation communs à plusieurs filières comme cela va se faire dans le cadre du service sanitaire¹⁴⁸.

La mission a été pérennisée au sein du MESRI.

Parallèlement, plusieurs mesures législatives et réglementaires sont venues appuyer le mouvement.

D'une part, la loi relative à l'orientation et à la réussite des étudiants a posé le principe de l'intégration des formations paramédicales dans le système d'orientation active dit « Parcoursup »¹⁴⁹. D'autre part, un décret de 2020¹⁵⁰ donne la possibilité d'un rapprochement entre formations et enseignements partagés ou mutualisés entre professions médicales et paramédicales, ce qui recoupe l'objectif faisant consensus de moments de formation théorique ou pratique en interprofessions.

Enfin, en matière de validation des parcours d'enseignants chercheurs, il est à noter que le Conseil national des universités (CNU), instance nationale se prononçant sur les mesures relatives à la qualification, au recrutement et à la carrière des enseignants-chercheurs, compte depuis 2020 trois nouvelles sections : maïeutique ; sciences de la rééducation et de la réadaptation ; sciences infirmières¹⁵¹.

2 La place désormais déterminante des universités dans le cadre du processus d'universitarisation des formations initiales paramédicales

Si aucun bilan exhaustif des processus d'universitarisation des professions paramédicales n'a été mené depuis 2017, il apparaît que le mouvement s'est amplifié et continue à s'opérer.

Concrètement l'universitarisation suppose la conclusion de conventions entre les établissements de formation et les universités fixant le cadre dans lequel ces dernières participent aux enseignements théoriques et académiques.

¹⁴⁸ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_formations_sante_universarisation.pdf

¹⁴⁹ Loi n° 2018-166 du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants.

¹⁵⁰ Le décret n° 2020-553 du 11 mai 2020 relatif à l'expérimentation des modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche dispose que « les universités comportant une unité de formation et de recherche de médecine, de pharmacie, d'odontologie, une structure de formation en maïeutique ou une composante qui assure ces formations au sens de l'article L. 713-4 du code de l'éducation peuvent, dans les conditions prévues aux articles 2 à 4, organiser des formations relevant du titre III du livre VI du code de l'éducation selon des modalités permettant de renforcer les échanges entre les formations de santé, l'acquisition par les étudiants de connaissances et de compétences dans des champs disciplinaires transversaux à plusieurs métiers de la santé, leur capacité à travailler au sein d'équipes pluridisciplinaires et leur formation par et à la recherche pour participer à la production du savoir ». Il est précisé que ces universités peuvent s'associer par voie de convention, en fonction de la nature de l'expérimentation, avec d'autres universités ainsi qu'avec des établissements délivrant des formations relevant du livre I au livre III de la partie IV du code de la santé publique.

¹⁵¹ Décret n° 2019-1107 du 30 octobre 2019 modifiant le décret n° 87-31 du 20 janvier 1987 relatif au Conseil national des universités pour les disciplines médicales, odontologiques et pharmaceutiques

De façon pratique, l'universitarisation s'opère très majoritairement hors les murs des universités. Parfois, elle se traduit par une intégration complète au sein de l'université ; dans ce cas cette intégration est souvent antérieure au mouvement actuel et ne fait pas l'objet d'un financement ou compensation financière au profit des universités par les régions compétentes en la matière.

Enfin, certaines formations sont intégrées à l'université mais ne bénéficient pas de la reconnaissance dans le système LMD, à l'instar des masseurs-kinésithérapeutes, auxquels n'est pas reconnu le grade master, malgré les cinq années de formation exigées. Cette différence est en passe d'être corrigée.

Selon un rapport parlementaire¹⁵² l'universitarisation d'ensemble se fait parfois à « géométrie variable » créant des inégalités entre des professions pour lesquelles la durée de formation est similaire, mais qui ne bénéficient pas du même niveau de reconnaissance.

3 L'absence de constitution de corps d'enseignants chercheurs des paramédicaux dans le cadre de l'universitarisation

Si de nouvelles sections du CNU santé ont bien été créées, comme le suggérait le rapport IGAS-IGAENR de 2017 et si la création de postes d'enseignants-chercheurs dans les disciplines, mentionnées ci-avant, est devenue effective il n'y a pas eu parallèlement la création de corps de bi-appartenants, comme le suggérait le même rapport ; cela reste pourtant une condition nécessaire pour rapprocher la formation de la recherche et concilier le temps dédié à la formation et à la recherche, et le temps d'exercice clinique,¹⁵³.

L'absence de cette mesure de nature à consolider les trois valences (enseignement, recherche et soins) conforte en creux une certaine réticence pointée par le rapport parlementaire cité, selon lequel persisteraient d'une part, l'idée d'une « incompatibilité entre l'enseignement théorique, dispensé à l'université, et les connaissances pratiques, qui relèvent, pour eux, des instituts de formation », et d'autre part, l'appréciation de certains professionnels selon laquelle l'universitarisation mettrait en péril le caractère professionnalisant des formations paramédicales en éloignant les étudiants de l'apprentissage de terrain.

- La nécessité d'asseoir l'évaluation des formations paramédicales pour adapter les enseignements et répondre aux besoins d'adaptation à l'emploi

La mission a recueilli de la part du Haut conseil de l'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur (Hcéres) des éléments d'information sur l'évaluation des formations paramédicales essentiellement celle d'IDE et celle d'Infirmier en pratique avancée (IPA) de niveau master.

Le département d'évaluation des formations du Hcéres évalue les formations accréditées et non l'offre spécifique de formation continue (y compris médicale) ; le Hcéres peut néanmoins examiner celle-ci au niveau de l'évaluation de l'établissement, les universités pouvant choisir le principe d'une présentation de son offre en totalité.

Le Haut conseil n'évalue pas les diplômes portés par les IFSI ni les IFSI eux-mêmes. Il commencera à évaluer les IPA à partir de la vague C (2022-2023), une fois que les formations accréditées auront eu

¹⁵² Rapport enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 29 juin 2021, fait en application de l'article 145 du règlement par la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale en conclusion des travaux de la mission sur la formation des professions paramédicales, et présenté par Mme Annie CHAPELIER, Députée. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/115b4298_rapport-information#_ftn30

¹⁵³ Le rapport mentionnait de façon complémentaire que « par extension du cadre temporaire ou titulaire des corps bi-appartenants de médecine, odontologie et pharmacie, ces corps bi-appartenants auraient des grilles indiciaires de la fonction publique de l'État identiques à celles des médecins (assistants, maîtres de conférences et professeurs).

deux ans de fonctionnement. Il entend par ailleurs renforcer son examen sur les formations paramédicales dans les nouveaux référentiels. En l'état il n'a pas de référentiel dédié pour les formations médicales ou paramédicales. S'il a pu afficher des documents spécifiques pour ces diplômes, en l'état le contenu des référentiels est le même que celui des diplômes du 1^{er} et 2^e cycle et ce principe est maintenu au titre des évaluations de la vague C.

4 Un rôle pour les universités dans la formation continue des personnels hospitaliers à développer et consolider

Selon la Conférence des doyens des facultés de médecine, l'importance des réformes de la formation initiale médicale et notamment de 1^{er} cycle des études de santé n'a pas permis en l'état d'avancer une réflexion sur la question de la formation continue des personnels de soins hospitaliers.

Si la Conférence des présidents d'université reconnaît, hors universitarisation, l'existence de sujets partagés comme l'apprentissage et l'approfondissement des langues, entre autres l'anglais, ou les formations au management, et un enjeu stratégique, avec l'ensemble des formations en interdisciplinarité tout au long de la vie professionnelle, il n'existe pas encore de cartographie d'ensemble de l'implication des universités dans la formation continue des personnels de soins ou hospitaliers en général.

Le vecteur des diplômes d'universités (DU) par la souplesse qu'il offre pour leur mise en place et leur possible arrêt en fonction des besoins constitue une modalité de choix des universités pour agir dans ce domaine.

La mise en place de centres de simulation par les universités constitue parallèlement un excellent exemple de la construction d'outils de formation continue en interprofessions et en interdisciplinarité.

A titre d'exemple, le centre de simulation en santé de l'université de Paris dépend du département de simulation en Santé, pluri professionnel (paramédical, pharmacie, maïeutique, odontologie) créé en 2021. Il est constitué en fait de deux sites, l'un sur la campus Saint-Germain et l'autre sur le campus Pajol. Il reçoit sur chacun d'entre eux 7 000 stagiaires par an et le coût total de fonctionnement est de 1 M€ annuel. Les objectifs de la simulation en santé sont de trois ordres : améliorer les connaissances et les pratiques ; optimiser les performances et les temps opératoires ; améliorer la sécurité (prise de décision, coordination, application des référentiels...). De façon générale l'accréditation / certification des centres de simulation dépend de la qualité et de la performance de la structure, de ses personnels et outils. Ces derniers varient d'un niveau minimal (basse fidélité /procédural) à numérique (« serious games ») en passant de façon croissante par un niveau dit « Patient standardisé » puis de « Réalité virtuelle et augmentée » à « haute fidélité ». Le centre de Paris est de « type 3 » selon une grille établie par la Haute autorité de santé (HAS) mixant l'évaluation des activités pédagogiques et scientifiques, les ressources humaines, les locaux et les équipements. A l'instar des différents centres existants en France, environ 30 % de l'activité du centre relève de la formation continue. Il propose aussi aux IFSI de la région parisienne la mise à disposition de matériels de simulation (mannequins) en en assurant à la fois l'achat, l'entretien et la maintenance. Deux PU-PH assurent une partie de l'encadrement des activités. Le centre constitue l'exemple d'un outil spécialisé et de haut niveau, mutualisé et proposant des services et une pédagogie adaptés.

D'ores et déjà les universités jouent un rôle significatif dans la formation continue de niveau master pour les IDE.

- Le rôle d'ores et déjà essentiel des universités dans la formation de niveau master : le cas de la formation des IPA

D'ores et déjà les universités jouent un rôle essentiel et exclusif dans la formation des infirmiers de pratique avancée (IPA), que cette formation relève en théorie d'une formation initiale entendue comme prolongeant la formation d'IDE et / ou d'un approfondissement des connaissances et des compétences, réalisé en formation continue au long de la vie professionnelle, formation ouverte tant aux professionnels des établissements de santé qu'à ceux exerçant en cabinet libéral en ville.

L'objectif de cette formation est en effet de qualifier prioritairement des infirmiers expérimentés ayant une bonne expérience clinique (≥ 3 ans d'exercice).

C'est d'ailleurs cette dernière version qui prévaut puisque le décret relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée publié en juillet 2018 prévoit que le candidat à la formation d'IPA doit justifier de trois années minimum d'exercice en équivalent temps plein de la profession d'infirmier¹⁵⁴.

La formation est actuellement structurée en quatre semestres validés par l'obtention de 120 crédits européens. Elle confère à son titulaire le grade de master.

Cinq domaines de spécialité et d'intervention ont d'ores et déjà été prévus : les pathologies chroniques stabilisées / prévention et polypathologies courantes en soins primaires ; l'oncologie et l'hémato-oncologie ; les maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale ; les psychiatrie et santé mentale. ; enfin le domaine d'intervention « urgences » a été inclus à l'automne 2021 dans le champ de la pratique avancée des infirmiers¹⁵⁵.

Si l'on prend l'exemple de la formation des IPA dispensée par l'école des sciences infirmières de la Faculté des sciences médicales et paramédicales d'Aix-Marseille Université (AMU) la formation théorique a lieu en alternance deux semaines par mois ; la première année comprend un stage de deux mois à temps plein en semestre 2 et en deuxième année un stage de quatre mois à temps plein en semestre 4. Selon les responsables de la formation, le cadre de celle-ci pourrait évoluer en faisant de la deuxième année une année à temps plein et en prenant mieux en compte au titre de la 1ère année les acquis des expériences telle que l'activité en établissement ou les formations suivies au long du parcours professionnel.

Selon les responsables de formation rencontrés, la formation approfondie d'IPA pourrait, elle aussi, faire une meilleure place à ce qui a été déjà été acquis en pratique et aux formations suivies antérieurement par les étudiants.

La mesure 6 des accords du Ségur de la santé fixe un objectif de 3 000 IPA formés en 2022 et de 5 000 en 2024.

Nonobstant les progrès décrits, l'évolution de la place et du rôle des universités au bénéfice de la formation continue pourrait être au cœur d'une réflexion jugée d'ores et déjà nécessaire par les acteurs.

- Des initiatives nouvelles dans la formation continue de niveau master

Un exemple en est donné par un projet en cours d'élaboration par l'école des sciences infirmières de la Faculté des sciences médicales et paramédicales d'Aix-Marseille Université (AMU).

Le département a en effet le projet de proposer une formation adaptée et commune pour les IDE IPA, IADE et IBODE, cadre de santé (toutes étant des formations au niveau Master) en deux ans en

¹⁵⁴ Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée.

¹⁵⁵ Décret n° 2021-1384 du 25 octobre 2021 relatif à l'exercice en pratique avancée de la profession d'infirmiers, dans le domaine d'intervention des urgences.

adaptant les programmes et en prenant en compte et validant les éléments de formations ou expériences acquis. La formation professionnelle donnerait une diplomation professionnelle mais aussi académique via un master « santé ». Au total, 50 % des UE seraient mutualisées et des UE plus spécifiques faites en 1^{ère} année. L'adaptation se ferait par de la VAE en tenant compte des compétences acquises (temps réalisé dans tel service ou dédié à telle activité par exemple...), et en proposant aussi des aménagements et des enseignements complémentaires.

La démarche apparaît d'autant plus intéressante qu'elle vise à la fois à homogénéiser les temps de formation, la diplomation mais aussi à mutualiser des enseignements et à systématiser la reconnaissance de blocs de compétences.

Les acteurs de terrain rencontrés par la mission ont attiré l'attention de la mission sur deux éléments conditionnant la montée en puissance de l'offre de formation par les universités au moins au niveau master et l'adaptant aux objectifs de « plus » et « mieux » former les personnels paramédicaux :

- développer de nouveaux métiers dans la santé et les soins implique de disposer de formateurs qualifiés. Ce point de vue a notamment été considéré comme prioritaire par la Conférence des doyens des facultés de médecine,
- faire de la formation suppose en effet des formateurs. Il y a un possible défaut de formateurs y compris pour le parcours des IPA. A ce titre il est possible de relever l'initiative prise par l'Agence régionale de santé (ARS) de PACA. Celle-ci a donné son accord pour le financement de six postes d'infirmiers à vocation universitaire entrant en doctorat (après avoir suivi le master d'IDE en PA) qui, pour un mi-temps, vont coordonner les terrains de stages et déterminer l'implantation des IDE en PA.

Par ailleurs, l'importance des maîtres de stage encadrant la pratique des internes est incontestable¹⁵⁶. Ce qui se révèle vrai pour les médecins généralistes l'est aussi pour les étudiants d'IPA. Là encore une réflexion avec l'ensemble des acteurs de terrains et les financeurs doit être menée sur le sujet avec le souci de rapprocher les éléments de la formation pratique avec les projets de territoire. C'est d'ailleurs ce que rappelle les universités de Tours et d'Angers (en inter-région Centre Val de Loire et Pays de la Loire) dans leur livret pédagogique du diplôme d'État Infirmier en pratique avancée en indiquant que « *la pratique IPA est une réponse immédiate à cet enjeu de l'accès aux soins pour les populations concernées* ».

¹⁵⁶ Ce point avait été souligné par un précédent rapport IGAS et IGAENR « Répondre aux besoins de santé en formant mieux les médecins : Propositions pour évaluer et réviser le « troisième cycle des études médicales » rapport IGAENR n° 2017-119 et IGAS n° 2017-087R qui recommandait, concernant la formation de 3^{ème} cycle de la spécialité médecine générale, de « former et recruter des maîtres de stages en nombre suffisant ».

PIÈCE JOINTE 2

LE DISPOSITIF « MUT 50 »

Éléments de présentation à la création du dispositif.

Source : ANFH Provence-Alpes-Côte d'Azur

Le dispositif « Mut 50 » en PACA

Dès 2007, l'ANFH PACA a souhaité réfléchir à un dispositif permettant d'améliorer la prise en charge des EP pour les petites structures.

A/ Le contexte

Étant donné l'évolution de l'ANFH qui s'est traduit par la reconnaissance en qualité d'OPCA, l'augmentation de la collecte à 2.1% mais aussi l'arrêt programmé du dispositif de surcotisation et face à la difficulté de promouvoir les études promotionnelles dans les petites structures, l'ANFH PACA a souhaité développer un dispositif spécifique à l'intention des « petits » établissements, soit les établissements de moins de 150 agents.

L'intérêt était de concevoir un dispositif simple et lisible permettant une grande facilité de gestion pour les établissements.

En outre, un des constats faisait apparaître une difficulté pour les petits établissements à consommer la totalité de l'enveloppe 2.1% (mise en place 01/01/2007) mais aussi à financer une étude promotionnelle quand ils en avaient besoin étant donné le montant de leur enveloppe. Jusqu'à cette date, certains « surcotisaient » afin d'épargner pour prévoir un départ ultérieur.

Les modalités de « surcotisation » répondaient en partie à leur besoin bien que les coûts restaient très élevés et ne permettaient qu'un départ en EP de manière périodique. Par ailleurs, la « surcotisation » devant disparaître, il paraissait nécessaire d'apporter de nouvelles solutions à ce type d'établissements.

La non consommation des crédits 2.1% les années sans promotion professionnelle pour les établissements risquaient de générer des excédents qui certes peuvent être reportés l'année suivante au niveau régional et affectés aux EP mais il a paru intéressant de proposer un dispositif permettant d'optimiser les enveloppes annuellement.

Par ailleurs, la mise en place des EFF ne résout cette difficulté que dans le cadre de formations pluriannuelles.

La volonté des instances de la région a permis de lancer une étude d'impact sur la viabilité d'un système de mutualisation accrue en contrepartie d'une garantie de prise en charge des études promotionnelles.

B/ Le dispositif

L'ANFH garantit la prise en charge des EP pour les petites structures quelque soit le nombre de réussite au concours. Il est évident que si aucun poste n'existe dans l'établissement, l'agent devra faire une mobilité afin de changer de métier après sa formation.

Cette garantie a une contrepartie qui est la mutualisation à 50% de l'enveloppe 2,1%.

Ce choix a été réalisé afin de rendre le dispositif le plus lisible possible et le plus simple pour les établissements. Les établissements récupèrent donc 50% de la cotisation 2.1% soit 1.05% pour leur plan de formation, situation qu'ils connaissent bien étant donné qu'ils ont géré le 1% pendant 30 ans. Ce montant permet pour eux de gérer au mieux les volumes de formation.

L'étude, réalisée en 2008, a montré qu'une trentaine d'établissement serait intéressée par ce type de dispositif mais souhaitait un temps de réflexion. Le nombre d'établissements n'était

pas un critère mais les fonds mutualisés supplémentaires (35% de la cotisation 2.1%) générés avait été fixée à 300 000€.

Par ailleurs, l'engagement dans le dispositif doit être de cinq ans et nécessite la signature d'un contrat par l'établissement et le président régional.

Après une étude de faisabilité, notamment financière, et l'accord du siège, le dispositif a été mis en place au 01/01/2009. 30 établissements ont signé le contrat et étonnamment, les établissements n'étaient pas obligatoirement ceux intéressés lors de l'étude. En effet, certains avaient déjà bouclé leur plan de formation et ont préféré sursoir à leur entrée dans le dispositif.

Après une année de fonctionnement, 10 autres établissements ont rejoint le dispositif, soit actuellement 41 établissements.

C/ Le fonctionnement

Ainsi, le fonds 4% est alimenté par la mutualisation accrue (39% du 2,1% au lieu de 4% du 2.1% pour les établissements concernés) qui est reversé au FORMEP. Cette pratique permet d'augmenter les enveloppes mutualisées consacrées aux études promotionnelles.

Cette somme est incorporée au guichet unique EP. Pour que le système soit viable, il est nécessaire d'avoir un nombre conséquent d'établissements dans le dispositif afin que l'assiette soit suffisante. Il est évident que ces établissements émargent aussi au FORMEP et au FMEP mais l'enveloppe des fonds mutualisés étant plus importante, la garantie offerte ne pénalise pas le taux de retour des établissements de plus grande taille.

La prise en charge des dossiers est réalisée lors de la commission EP même si les établissements savent que la prise en charge est automatique.

Dans le cadre de la commission EP, la région a mis en place des forfaits par type de métiers. Les établissements inscrits dans le dispositif (mut 50) ont quant à eux un remboursement total des dépenses.

Ce dispositif est fait sur la base du volontariat.

L'engagement pour l'établissement est de 5 ans mais la garantie de prise en charge des EP génère une sérénité et une simplification importante de sa gestion.

D/ Les résultats

Les prises en charge des EP lors des commissions EP 2009 et 2010 montrent une évolution importante des prises en charge.

En 2009, 17 établissements sur 30 ont présenté des dossiers (56%) pour un total de 33 dossiers soit quasiment 2 dossiers par établissement. Un établissement a eu 6 dossiers pris en charge.

En 2010, 28 établissements sur 40 ont déposé des dossiers soit 70% pour un total de 49 dossiers (1.75 dossier par établissement en moyenne). Un établissement a bénéficié de 5 dossiers.

Sur les deux exercices, seuls 8 établissements n'ont pas encore bénéficié de prise en charge EP du fait de non réussite aux concours.

Un établissement a eu 8 dossiers et un autre 7 sur les deux années cumulées.

Sur le plan financier, la mutualisation accrue était de 350 000€ en 2009 alors que les engagements s'élèvent à 1 355 000€.

En 2010, la mutualisation supplémentaire est de 515 000€ étant donné l'augmentation du nombre d'établissements dans le dispositif alors que les engagements s'élèvent à 2 300 000 €. Il est acté depuis la mise en place que le système est totalement intégré dans le guichet unique et qu'il n'est nullement question de créer deux systèmes étanches. Dans tous les cas, ces établissements sont éligibles au FORMEP et au FMEP, le dispositif apportant simplement un abondement d'enveloppe en contrepartie des garanties.

E/ L'analyse

Le premier bilan du dispositif montre une inflation des demandes ou au moins une augmentation des agents passant le concours. Le système réagit comme si des freins institutionnels étaient levés avec d'ailleurs une volonté des établissements de promouvoir le système au bénéfice de leurs agents. Le discours interne (ça ne sert à rien de passer le concours parce qu'on ne pourra pas vous prendre en charge) a disparu. Cette réalité est surtout constatée pour le concours IDE. A ce titre, même quand il n'y a pas de poste disponible dans l'établissement, la Direction et l'agent sont très conscients des conséquences (travailler dans un établissement voisin) mais cette donnée n'est pas un frein à la promotion.

Si les établissements sont contraints sur leur plan de formation (50% de retour), la sérénité que leur apporte le dispositif paraît être un atout important.

Une enquête auprès des établissements a été réalisée (annexe1) qui prouve une satisfaction générale même si tous ne profitent pas de manière optimale du dispositif.

En outre, le nombre moyen de DPC avant et après la mise en place de la MUT 50 pour les établissements concernés montre que l'impact sur le nombre d'actions du plan de formation est très faible. Cette situation s'explique par le fait que la mise en place du 2.1% est très récente et quasiment concomitante au dispositif MUT 50.(annexe 2)

F/ Les freins à la généralisation.

Le dispositif étant expérimental, il a nécessité une adaptation des mécanismes financiers et comptables mais aussi une évolution des systèmes d'information (logiciel PLAN).

Cette situation, possible pour 41 établissements, ne peut être gérée en l'état dans le cadre d'un dispositif national. En effet, les écritures comptables sont réalisées manuellement et le suivi des enveloppes 85% et 4% est très complexe étant donné la répartition des enveloppes dans le dispositif (50%, 35% et 4%).

Dans le même cadre, afin d'apporter un suivi financier aux établissements du dispositif, le logiciel PLAN a intégré le « taux de retour » aux établissements à 50% dans le cadre du suivi de leur enveloppe.

Une généralisation du dispositif nécessiterait une « industrialisation » de ces mécanismes afin de conserver une sécurité de contrôle des flux financiers.

Cette évolution est incluse dans une réflexion plus globale des systèmes d'information et des mécanismes financiers auxquels est confronté l'ANFH dans le cadre des regroupements d'établissements ou de la mise en place de directions communes mais aussi des orientations stratégiques sur la segmentation des prestations ou la simplification des procédures.

G/ Conclusion

La MUT 50 est un dispositif de gestion simple et facile pour les établissements. S'il peut répondre à une sous consommation des crédits des petites structures, il traduit avant tout un acte politique fort des instances régionales à l'égard de ces établissements. L'analyse du

questionnaire des établissements du dispositif joint en annexe montre que si la contrepartie demande une adaptation de l'établissement, la sérénité apportée par le dispositif et la dynamique EP qu'il crée dans ces établissements est un atout.

Sa généralisation pose des questions d'évolution juridique (taux de retour) mais aussi d'adaptation techniques, que ce soit aux finances ou aux systèmes d'information.

Par ailleurs, la volonté des autres régions de mettre en place un tel dispositif est une question importante au vu des évolutions nécessaires. A ce titre, outre les instances, c'est surtout les établissements concernés qui permettent au dispositif de fonctionner.

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation

Cabinet de la ministre

Christine AMMIRATI, conseillère santé et formation

DGESIP

François COURAUD, conseiller santé

Abderaman RAHMA, département des formations de santé

Stéphanie DEVEZE, département Formation emploi formations professionnelles

HCERES

Lynne FRANJIE, directrice du département d'évaluation des formations

Stéphane Le BOULER, secrétaire général

Bernard SABLONNIERE, conseiller scientifique au département d'évaluation des formations et référent des questions de santé

Ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion

DGEFP

Stéphane REMY, sous-directeur des politiques de formation et du contrôle

Sophie MARGOLET, adjointe

Guillaume FOURNIER, adjoint à la mission droit et financement de la formation, chargé des Opco

Olivier DAUENHAUER, chargé de mission contrôle de la formation professionnelle

Philippe DELAGARDE, chef de la mission d'organisation des contrôles

Axel COURNEDE, adjoint à la mission de l'accès à l'alternance et aux qualifications

David RIVOIRE, rapporteur Mission VAE 2020

Olivier GERARD, *product manager*/intra-preneur REVA

Ministère de la santé

Cabinet du ministre

Bénédicte ROQUETTE, conseillère professions de santé

DGOS

Vanessa FAGE- MOREEL, sous directrice des ressources humaines du système de santé

Martine LABORDE-CHIOCCHIA, sous directrice de la stratégie et ressources

Éva JALLABERT, adjointe à la sous-directrice des ressources humaines

Eric MAURUS, chef du bureau exercice et déontologie des professions de santé, RH2

Michelle PERRIN, chargée de mission

DGCS

Axel ESSID, adjoint au sous-directeur des professions sociales, de l'emploi et des territoires.

Julien CHAUVEL, adjoint au chef de bureau de l'emploi et des politiques salariales

IGAS

Laurent GRATIEUX

Mathias ALBERTONE

Angel PIQUEMAL

ARS Pays-de-la-Loire

Laurence BROWAEYS, directrice, Direction de l'Appui à la Transformation et de l'Accompagnement

Stéphane GUERRAUD, chef du service ressources humaines en santé

ARS Provence Alpes Côte d'Azur

Ludovique LOQUET, responsable du département des ressources humaines en santé.

Georges KAPLANSKI, responsable de service

Jennifer HUGUENIN, responsable du service performance des établissements

Régions de France

Nicolas PUJOS, conseiller *Culture, santé, sport, citoyenneté*

Association Nationale pour la Formation permanente des personnels Hospitaliers (ANFH)

National

Ophélie LABELLE, présidente de l'ANFH

Eric GUYADER, vice-président

Bernard LONGUET, directeur général

Pierre de MONTALEMBERT, directeur général adjoint

Nasser IHAMOUCHE, directeur adjoint chargé du développement des services

ANFH Centre Val de Loire

Sylvie DESNEUX-JOUBERT, présidente (CGT)

Christèle BIENVENU, vice-présidente (FHF)

Marc PENTECOUTEAU, coordonnateur du Comité Territorial (FHF)

Mathilde COSTES, conseillère formation

Nathalie COUTON, chargée de mission

Esther GUILLAUME, chargée de mission

ANFH Ile-de-France

Mathieu GASNIER, délégué régional adjoint Ile-de-France

Elisabeth VASS, conseillère en gestion de dossiers individuels (CFP, VAE, BC, EP)

Patricia DA SILVA, conseillère en gestion de dossiers individuels (CFP, VAE, BC, EP)

Sokunthéa SIV, conseillère en gestion de fonds sur le pôle « guichet unique »

ANFH Pays de la Loire

Thierry FILLAUT, président de l'ANFH Pays de la Loire, du conseil régional stratégique de gestion, directeur du CHI du Pays de Retz

Sylvie MOISAN, membre du bureau de l'ANFH Pays de la Loire (FO)

Marianne BELLEGUIC, membre du bureau de l'ANFH Pays de la Loire (CGT).

Christelle GASNIER, déléguée régionale par intérim des Pays-de-la Loire

Isabelle RAKOTOMALALA, déléguée régionale ANFH Pays de la Loire depuis le 30 août 2021

Christel LEBASTARD, conseillère en gestion de dossiers individuels

Nadine MENARD, conseillère en gestion de fonds

ANFH Provence Alpes Côte d'Azur

Frédéric LIMOUZY, vice-président ANFH Provence-Alpes Côte d'Azur, directeur du CH intercommunal de Fréjus-St Raphael.

Marc DUMON, directeur de l'ANFH Provence-Alpes-Côte d'Azur

Karine DEVAUX, conseillère en dispositifs individuels, conseillère en évolution professionnelle

Dominique CHARBONNEL, conseillère en dispositifs individuels

Margaux CAPELLO, Mme BISLEAU, Mme OSTROV, conseillères en formation

Sophie ASCIAK, gestionnaire de fonds

Partenaires sociaux

Force ouvrière

Didier BIRIG, secrétaire fédéral

Gilles MANCHON, administrateur de l'ANFH, président régional PACA

Gilles GADIER, membre de la commission des emplois et métiers du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière

Grégory LE DUC

Nathalie RIEUX-SICARD (coordinatrice territoriale adjointe en Languedoc-Roussillon)

CFDT

Evelyne RESCANIERES, secrétaire générale Fédération santé sociaux

Céline BLONDIAUX, membre bureau national ANFH

Nathalie PAIN, secrétaire nationale formation (négociatrice Ségur)

Franck FABRE, délégué syndical, représentant à l'ANFH PACA

UNSA

Gilles DUFOUR, CSFPH

Françoise KALB †, secrétaire nationale ANFH

CGT

Valérie TCHAROUKIAN, déléguée syndicale en EHPAD public, représentant à l'ANFH PACA

SUD

Anissa AMINI, secrétaire fédérale, fédération SUD santé-sociaux

Bruno CHARLES ACHILLE, secrétaire général Centrale démocratique des travailleurs martiniquais, affiliée à SUD ; administrateur ANFH nationale et président ANFH Martinique

Associations ou collectifs professionnels

Fédération hospitalière de France

Amélie ROUX, responsable du pôle Ressources Humaines Hospitalières

Ordre des infirmiers

Patrick CHAMBOREDON, président

Association des directeurs de ressources humaines des établissements sanitaires et sociaux

Matthieu GIRIER, président (DRH du Pôle des Ressources humaines du CHU de Bordeaux)

Conférence nationale des directeurs de centres hospitaliers

Francis SAINT-HUBERT, président de la CNDCH

Cécilia WAHEO, secrétaire générale de la CNDCH

Conférence nationale des directeurs d'établissements pour personnes âgées et handicapées publics (CNDEPAH)

Emmanuel SYS, président, directeur général GCSMS « Les EHPAD Publics du Val de Marne »

Conférence des Directeurs Généraux de CHU

Marie-Noëlle GERMAIN-BREUZARD, présidente, CHU de Tours

Véronique AURIAU-DESJARDINS, directrice générale du CHU de Rouen

Céline DUGAST, commission DRH de CHU, sur la formation

Alexandre FOURNIER, secrétaire général de la conférence

Conférence des Présidents de CME de CHU

Marie-Thérèse LECCIA, vice-présidente, CHU de Grenoble

Brigitte BIGUENET, responsable de la FC des personnels non médicaux

Conférence des Présidents de CME de CH

Jean-Marie WOEHL, vice-Président

Conférence des Doyens des Facultés de Médecine

Patrice DIOT, président

Nanou PHAM, vice-présidente

Conférence des Présidents d'Université

Macha WORONOFF, présidente de la commission santé

Etablissements de santé

Assistance publique-Hôpitaux de Paris

Pierre-Emmanuel LECERF, Directeur général adjoint

Sylvain DUCROZ, Directeur des Ressources Humaines

Michèle JARRAYA, Directrice de la formation, directrice des centres de formation continue

Albane TRIHAN, direction de la stratégie et de la transformation

Assistance publique – Hôpitaux de Marseille

Pierre PINZELLI, Secrétaire général, directeur des ressources opérationnelles

Elisabeth COULOMB, directrice des ressources humaines

Elsa BLANC, directrice adjointe des ressources humaines, chargée de la formation

Nicole VINCENT, directrice des écoles et instituts de formation

Christiane COUTURIER, directrice adjointe des écoles et instituts de formation

Centre Hospitalier Universitaire de Nantes

Luc-Olivier MACHON, DRH

Christelle MOURAS directrice adjointe DRH

Frédéric LELEUX, développement des compétences et formation

Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy

Alain VIAUX, Directeur adjoint du département Ressources Humaines & Affaires Sociales, chargé de la formation continue

Valérie RATAJCZAK, cadre supérieur de santé paramédical, pôle enfant-néonatalogie, au CHRU de Nancy

Centre hospitalier Victor Dupouy, Argenteuil

Bertrand MARTIN, Directeur du centre hospitalier d'Argenteuil

Florence BILLAULT, directrice des ressources humaines

Françoise QUINTIN, Responsable de Formation Direction des Ressources Humaines

Marc DEFACQ, directeur des soins

Aline BOULAY, sec générale adjointe UFAS

Mme LARDIER, UFAS

Centre hospitalier d'Aubagne

Stéphanie LUQUET, directrice d'établissement

Centre hospitalier de Bourges

Florent VERSTAVEL, DRH

Centre hospitalier de Châteauroux

Sophie DURAND-MOIRIN, DRH

Centre hospitalier départemental de Vendée

Francis SAINT-HUBERT, directeur général

Barbara ROBERT, directrice des soins

Sandrine SAINT-HUBERT, directrice des ressources humaines territoriale (GHT)

Sandra MASSON, directrice des ressources humaines adjointe

Sylvie RENAUD, DRH de l'hôpital Loire Vendée Océan

Valérie ALBERT, DRH de l'hôpital de Fontenay-le-Comte

Valérie BONNET, infirmière, CGT

Anthony TOUZAN, infirmier, FO

Annabelle ETIENNE, infirmière, FO

Centre hospitalier national d'ophtalmologie des 15-20

Sophie MARCHANDET, directrice des ressources humaines

Centre Hospitalier du Rouvray (CHS)

Vincent THOMAS, directeur

Centre hospitalier Charles Perrens (CHS, Bordeaux)

Thierry BIAIS, directeur

Philippe ALOZY, DRH

Sophie BOUFFARD, responsable de la Formation continue

Etablissements médico-sociaux

Alice MOREAU, directrice de l'EHPAD Château de Beaurecueil, responsable APMES des Bouches du Rhône

Henri-André BADELLE, directeur d'un groupement d'établissements dans le Haut-Var

Sylvie BOUSSELET, directrice de l'EHPAD de l'Argonne, administratrice du GCSMS Meuse

Aude BELFILS, Directrice EHPAD de Langeais (Indre et Loire)

Christèle BIENVENU, Directrice-adjointe chargée des Personnels et du Projet Social, EPSM du Loiret Georges Daumézon (Loiret)

Sophie GAVA, Directrice des EHPAD de Bléré et Montlouis (Indre et Loire)

Corinne ROUX, Directrice de l'EHPAD de Janville (28) et d'Outarville (45)

Sylvie BOUSSELET, EHPAD d'Argonne, Meuse

Autres établissements universitaires ou organismes de formation

Université Gustave Eiffel

Lydie PHAM,

Université de Nantes

Gilles BERRUT, directeur service FC Santé, Pôle santé

IRAP Santé

Yves PICHOL, directeur

FormAvenir

Mélanie PORTMAN, directrice des opérations

Annaïck PLESSIS, responsable de la filiale hospitalière

Claire MANGENET, conseillère formation

Autres établissements

Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP)

Rémy BATAILLON, directeur de la formation continue

Agence Nationale du Développement Professionnel Continu (ANDPC)

Michèle LENOIR-SALFATI, directrice

OPCO Santé

Sébastien BOSCH, président de l'OPCO santé

Franck MONFORT, vice-président de l'OPCO Santé

Jean-Pierre DELFINO, directeur général

Antoine DUBREUIL, directeur administratif et financier

Atelier collaboratif sur les nouveaux métiers de santé

Alexandre BERKESSE, Consultant, catalyseur de réflexions sociétales et organisationnelles

Muriel DAHAN, Inspectrice générale des affaires sociales

Enguerrand HABRAN, directeur du Fonds d'innovation, FHF

Adrienne REIX TROY, médecin, mission innovation de l'HAD, AP-HP

Jean-Luc BARASSARD, directeur du service Entreprise, Ecole de design Nantes Atlantique

Michèle JARRAYA, directrice du centre de formation continue, AP-HP

Corinne SENESCHAL, directrice du Centre intercommunal de la baie de Somme et EHPAD de Cayeux-sur-mer

Ophélie STREZLEC, designer chargée de projet en promotion de la santé, animatrice de santé publique, CHU de Poitiers

SIGLES UTILISES

ADVF : Assistant de vie aux familles

ADVP : Activation du Développement Vocationnel et Personnel

AFEST : Action de formation en situation de travail

AFN : Action de formation nationale

AFR : Action de formation régionale

AMP : Aide médico-psychologique

ANAP : agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

ANDPC : Agence Nationale du Développement Professionnel Continu

ANFH : Association nationale de formation pour le personnel hospitalier

AP-HP : Assistance publique – Hôpitaux de Paris

ARF : Accord pour réalisation de formation

ARM : assistants de régulation médicale

ARS : agence régionale de santé

BC : bilan de compétences

CEDFP : commission d'études et développement de la formation permanente

CEMCS FPE : Commission des Emplois et des Métiers du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière

CEP : Conseil en évolution professionnelle

CFA : Centre de formation des apprentis

CFP : congé de formation professionnelle

CFP : CSFPH : Commission de la formation professionnelle du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière

CNFPT : Centre national de formation des personnels territoriaux

CNSA : Caisse nationale solidarité pour l'autonomie

COP : comité de pilotage

CSE : Comité Social et Économique (à l'hôpital)

CSFPH : Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière

CTI : Complément de traitement indiciaire

DEAS : Diplôme d'État d'aide-soignant

DGAFP : Direction générale de l'Administration et de la Fonction publique

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DPC : développement professionnel continu

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSN : Déclaration sociale nominative
EFF : Engagement à financer des formations
EP : Etudes promotionnelles
ESAT : Etablissement et services d'aide par le travail
FEST : Formation en situation de travail
FPTLV : Formation tout au long de la vie
FIPHFP : fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique
FMEP : Fonds mutualisé de financement des études relatives à la promotion professionnelle
FPH : Fonction publique hospitalière
FQ & CPF : Fonds de Qualification & Compte Personnel de Formation
GCSMS : Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale
GHT : Groupement hospitalier de territoire
GPEC : gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
GPMC : gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
IFAS : Institut de formation d'aides-soignants
IFCS : Institut de formation de cadres de soins
IFSI : Institut de formation en soins infirmiers
IPA : Infirmiers de pratique avancée
LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale
MESRI : Ministère de l'enseignement, de la recherche et de l'innovation
MOOC : cours en ligne ouverts et massifs
MSS : Ministère des solidarités et de la santé
NEH : des emplois hospitaliers
NMH : nomenclature des métiers hospitaliers
OPCA : Organisme paritaire collecteur agréé
OPCO : Opérateur de compétences
PTS : Projet territorial de santé
QVT : Qualité de vie au travail
RPS : risques psychosociaux
VAE : validation des acquis de l'expérience
VAP : validation des acquis professionnels