



Inspection générale  
des affaires sociales  
RM2010-155P

# Quelles formations pour les cadres hospitaliers?

RAPPORT

Établi par

Michel YAHIEL

Inspecteur général  
des affaires sociales

Céline MOUNIER

Conseillère générale des  
établissements de santé

- Novembre 2010 -



## Synthèse

- [1] Le double contexte de la réforme hospitalière et de la mise en place du nouveau dispositif universitaire dit LMD (licence-master-doctorat) a profondément renouvelé l'enjeu, déjà sensible depuis plusieurs années, des modalités de formation des cadres hospitaliers<sup>1</sup>.
- [2] A la suite de la mission animée par Chantal de Singly en 2009<sup>2</sup>, il s'agissait pour l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) de répondre à une commande visant à préciser plus avant les besoins, pour chacune des catégories concernées, et les aspects pratiques d'une réforme rendue complexe par un nombre important de dimensions complémentaires, ayant trait notamment à l'organisation interne des hôpitaux.
- [3] Sans pouvoir, bien entendu, procéder au même nombre d'auditions et de débats que la mission de Chantal de Singly, dont ce fut l'un des apports méthodologiques essentiels, la présente mission a néanmoins tenu à rencontrer les principaux acteurs concernés, gestionnaires, partenaires sociaux et organisations professionnelles, autorités administratives et académiques ainsi que de nombreux professionnels s'exprimant à titre individuel et sur leur lieu de travail. Au près de tous, elle a pu rencontrer une écoute attentive et bénéficier d'apports précieux, le plus souvent liés à l'expression d'une forte attente de réponses venant des pouvoirs publics.
- [4] Une part importante de la réflexion a été accordée aux cadres et cadres supérieurs de santé, qui représentent et de loin, les effectifs les plus nombreux et dont la situation conditionne la plupart des aspects de la réforme.
- [5] L'analyse des besoins se révèle malaisée sur le plan quantitatif, faute de données prévisionnelles toujours fiables, qu'il s'agisse des effectifs en poste ou de leurs perspectives de renouvellement à trois/cinq ans. Compte tenu de l'ensemble des paramètres, la mission a toutefois conclu à la relative stabilité des effectifs à former sur le moyen terme. Les agences régionales de santé (ARS) devront à l'avenir davantage se préoccuper du suivi de ces données dans leur ressort, en lien avec les établissements et les organismes de formation.
- [6] En revanche, l'approche qualitative de ces besoins est bien davantage consensuelle et converge autour de l'idée que le principal défi à relever pour les cadres hospitaliers est clairement le management et l'ensemble des compétences ou savoir-faire que recouvre désormais cette notion, dans les établissements de santé, surtout avec la mise en place des pôles.
- [7] Après avoir examiné l'ensemble des variantes possible, la mission a estimé qu'une logique d'organisation s'imposait autour du principe de « mastérisation » : les cadres devant suivre une première année de formation reconnue par la validation de 60 crédits d'ECTS (système européen de transfert et d'accumulation de crédits), les cadres supérieurs devant être titulaires du master complet.
- [8] Cette exigence de niveau n'a de sens que si elle s'articule dans un cadre homogène, en l'occurrence celui du management des établissements de santé. Sur la base d'une réflexion relative aux emplois et d'un référentiel de compétences, qui reste à affiner, le rapport propose quelques axes structurants de cette future formation.

---

<sup>1</sup> La mission traite de la formation des cadres de santé, ingénieurs hospitaliers, techniciens supérieurs hospitaliers, attachés d'administration hospitalière et adjoints des cadres hospitaliers.

<sup>2</sup> DE SINGLY C. Rapport sur « le rôle, les missions, la formation et la valorisation des cadres hospitaliers », remis à la ministre de la santé et des sports le 11 septembre 2009, 124 p.

- [9] Pour faire sens, une telle approche supposera d'établir des partenariats approfondis entre instituts de formation des cadres de santé (IFCS) et établissements d'enseignement supérieur, déjà largement en cours mais qui seraient désormais plus clairement orientés en termes de contenu. Une démarche d'appel à projets, relevant d'un pilotage national de la part du ministère chargé de la santé en lien avec le ministère en charge de l'enseignement supérieur, garantirait une sélectivité suffisante sur la base de critères communs. L'Ecole nationale des hautes études en santé publique (EHESP) serait conduite à servir de point d'appui à cette démarche. S'agissant des formations de cadres supérieurs de santé, elle jouerait même un rôle plus actif, puisqu'une partie du cursus s'effectuerait sous son égide.
- [10] Pour les autres catégories de cadres, des progrès de même nature seraient introduits, soit dans les contenus de formations initiales quand il en existe (attachés d'administration hospitalière AAH), soit au titre des formations d'adaptation à l'emploi ou FAE (ingénieurs hospitaliers IH, adjoints des cadres hospitaliers ACH, techniciens supérieurs hospitaliers TSH), encore largement lacunaires.
- [11] Sur un plan pratique, les IFCS verraient leur rôle élargi, avec une intervention plus résolue en matière de formation continue, de sorte précisément à apporter une réponse concrète au besoin de transversalité des formations entre ces différents types de cadres, voire même avec d'autres responsables, y compris les directeurs et chefs de pôle. Devenant a priori des instituts régionaux du management en santé (IRSM), ils s'inscriraient toutefois dans un réseau plus resserré, d'au plus un institut par région dans un premier stade, pour des raisons de taille critique. Elle préconise qu'une évaluation du nouveau système soit réalisée après quelques années de fonctionnement afin de savoir s'il faut s'engager plus loin dans « l'universitarisation » ou maintenir un système mixte, à faire évoluer le cas échéant.
- [12] La mission estime que les surcoûts occasionnés par ses différentes préconisations devraient rester très limités, surtout à l'aune des enjeux liés à de telles évolutions.
- [13] Elle prévoit cependant une période de transition de trois à quatre ans, compte tenu de la complexité des opérations à conduire, depuis la confection des programmes et l'organisation pratique des « plates-formes » IFCS/établissement d'enseignement supérieur, jusqu'aux choix des opérateurs et au début de restructuration du réseau actuel des IFCS.
- [14] Un effort d'attention particulier devra être accordé au devenir des cadres de santé formateurs, dont la mission estime indispensable de revoir en profondeur les modes de formation et d'exercice, afin notamment de garantir des allers-retours beaucoup plus réguliers entre périodes d'enseignement et fonctions opérationnelles.

# Sommaire

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>3</b>
<b>RAPPORT .....</b>	<b>7</b>
1. QUELS CADRES POUR L'HOPITAL DE DEMAIN ?.....	10
1.1. <i>Quels effectifs aujourd'hui et à terme ?</i> .....	10
1.1.1. Les effectifs en poste .....	10
1.1.2. Evolutions démographiques .....	11
1.1.3. Les effectifs en formation.....	12
1.2. <i>Le métier de cadre</i> .....	13
1.2.1. Cadre de proximité et cadre de pôle .....	14
1.2.2. Le chef d'équipe .....	15
1.2.3. Le cadre de pôle.....	16
1.3. <i>Un enjeu majeur : l'attractivité</i> .....	17
2. RENOVER LES FORMATIONS .....	18
2.1. <i>Les cadres de santé</i> .....	18
2.1.1. Principes directeurs .....	18
2.1.2. Le cursus de cadre de santé .....	20
2.1.3. Le cursus de cadre supérieur .....	23
2.1.4. Le repérage des futurs cadres et leur accompagnement .....	25
2.1.5. La question des cadres formateurs.....	27
2.2. <i>Promouvoir la transversalité</i> .....	29
2.2.1. Principes directeurs .....	29
2.2.2. Les AAH.....	30
2.2.3. Les IH .....	32
2.2.4. Les ACH.....	34
2.2.5. Les TSH.....	35
3. LES CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE .....	36
3.1. <i>Le pilotage national et le calendrier</i> .....	36
3.1.1. La première année : la formation des cadres de santé .....	36
3.1.2. La deuxième année : la formation des cadres supérieurs de santé.....	38
3.1.3. La période transitoire.....	38
3.2. <i>La cartographie des instituts</i> .....	40
3.3. <i>Le financement</i> .....	42
3.3.1. Un cadre juridique à clarifier .....	42
3.3.2. Des surcoûts limités.....	43
<b>PRINCIPALES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION .....</b>	<b>47</b>
<b>LETTRE DE MISSION.....</b>	<b>51</b>
<b>LISTE DES PERSONNES RENCONTREES .....</b>	<b>53</b>
<b>ANNEXE 1 : LISTE DES IFCS .....</b>	<b>59</b>

---

<b>ANNEXE 2 : PRINCIPALES MODIFICATIONS RELATIVES AUX FORMATIONS PROPOSEES PAR LA MISSION .....</b>	<b>61</b>
<b>ANNEXE 3 : PRINCIPALES ETAPES DE MISE EN ŒUVRE.....</b>	<b>65</b>
<b>ANNEXE 4 : LOCALISATION ET CAPACITES DES IFCS .....</b>	<b>67</b>
<b>SIGLES UTILISES .....</b>	<b>69</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>73</b>

## Rapport

- [15] La question du périmètre de définition des « cadres » est problématique dans l'ensemble des organisations privées comme publiques.
- [16] Des difficultés de même ordre sont rencontrées dans la fonction publique, au sens large, quelles que soient leurs spécificités propres.
- [17] En effet, l'approche statutaire du cadre, le plus souvent défini par l'appartenance à un corps, y prédomine avec une prégnance plus forte que ce n'est le cas dans la plupart des conventions collectives du secteur privé ou des entreprises publiques à statuts. De manière générale, les agents relevant de la catégorie A sont réputés « cadres », même s'ils n'encadrent pas de personnel, comme les enseignants ou les divers experts, tandis que de très nombreux agents de catégorie B, voire C sont en revanche des encadrants « non-cadres », en particulier dans la filière technique. Dès lors, le brouillage entre statuts et métiers y apparaît assez fréquent.
- [18] Au sein de la fonction publique hospitalière (FPH), ces dimensions statutaires se retrouvent évidemment, avec, en sus, la puissante superposition du triptyque médical/soignant/administratif. Elles pèsent sans doute lourdement dans la perception plus nette d'un « malaise », par ailleurs assez largement développé dans toutes les organisations dotées d'une hiérarchie intermédiaire, laquelle se trouve soumise à des injonctions contradictoires et à une pression forte, au carrefour des attentes des directions et des personnels. D'autant que les réformes hospitalières en cours, au premier rang desquelles l'organisation en pôles, ont aussi renforcé une dynamique matricielle, assez inédite dans ce secteur, d'un double rattachement de l'encadrement d'une part à une autorité hiérarchique, d'autre part à une autorité fonctionnelle.<sup>3</sup>
- [19] Dans les établissements de santé, le problème posé est d'abord de type transversal.
- [20] Traditionnellement, les « cadres » y sont les soignants et, en leur sein, les réalités démographiques et professionnelles réservent le plus souvent cette dénomination aux seuls cadres issus de la filière infirmière. De ce point de vue, la réforme de 1995 (créant un diplôme et à sa suite un corps unique de cadre de santé)<sup>4</sup> n'a pas encore, loin s'en faut, produit tous ses effets fédérateurs, alors pourtant que l'évolution institutionnelle tend à élargir encore les enjeux, notamment entre secteurs sanitaire, social et médico-social.
- [21] De fait, les directeurs d'établissement et leurs adjoints directs, non plus que les praticiens hospitaliers, ne font partie de cette famille professionnelle, sans pour autant que la coutume les désigne spontanément comme cadres « dirigeants » ou « supérieurs », ce vers quoi il est vrai, la mise en place récente des directoires pourrait tendre avec le temps, au moins pour la première catégorie.

---

<sup>3</sup> Le décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier de directeur des soins de la fonction publique hospitalière ôte aux directeurs des soins « l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé » explicitement mentionnée par la version précédente, cependant que l'article L.6146-1 du code de la santé publique issu de la loi n°2009-879 pose que le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique a « autorité fonctionnelle » sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle.

<sup>4</sup> Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé et arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé ; décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.

- [22] Plus problématique est le fait que certains cadres intermédiaires, qui jouent souvent un rôle clé dans les établissements, soit dans la filière administrative, soit dans la filière technique, sont rarement inclus dans le périmètre, qu'ils relèvent de la catégorie B (adjoints des cadres, techniciens supérieurs), ou même A (attachés, ingénieurs). De ce point de vue, le titre du rapport de la mission dirigée par Chantal de Singly<sup>5</sup>, traitant des « cadres hospitaliers », a innové sur le plan de la syntaxe. Pour autant, les principaux observateurs s'accordent à considérer que les « blouses blanches » demeurent en première ligne dans la gestion quotidienne des établissements et, dès lors, dans la mise en œuvre des changements.
- [23] Au demeurant, la mission a pu constater à travers ses auditions, que l'absence de référence formalisée à ces corps, en particulier aux cadres de santé, dans la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) et particulièrement le renvoi aux « collaborateurs » du chef de pôle (article 13)<sup>6</sup>, a été largement ressentie comme un manque de reconnaissance, par contraste avec le traitement accordé aux dirigeants hospitaliers, renforçant en cela le sentiment de constituer une catégorie de « ni-ni », définie en creux par rapport aux médecins et aux directeurs.
- [24] En inversant la perspective il peut être tentant de ne considérer comme cadres que les personnels appartenant aux corps éponymes de cadres de santé (CS) et cadres supérieurs de santé (CSS), vers lesquels la réforme de 1995 avait permis de faire converger des agents issus de diverses filières paramédicales. Cette vision tronquée ne saurait être retenue.
- [25] Par ailleurs, la seule existence de ces deux catégories de cadres ajoute au problème transversal un volet « longitudinal ». En effet, les responsabilités inhérentes aux cadres supérieurs de santé, les compétences attendues d'eux, ne sont pas clairement établies et, comme logiquement, leur formation n'est dès lors pas non plus spécifique. Un cadre supérieur de santé suivra probablement une formation continue ultérieure à l'IFCS, sinon un cursus académique de niveau master voire doctorat, mais à son initiative et pour bonifier, le cas échéant, ses possibilités d'être choisi sur titre. En réalité, le futur cadre supérieur de santé ne bénéficie donc pas d'une formation *ab initio*.
- [26] L'objectif assigné à la mission visant à préciser les conditions de mise en œuvre du rapport de Chantal de Singly, plus particulièrement en matière de formation, ses réflexions se sont donc inscrites de plain-pied avec ledit rapport, dont elle ne peut d'ailleurs que partager les lignes directrices.
- [27] En premier lieu, si l'approche « managériale » des établissements englobe la totalité des fonctions d'encadrement, quels que soient les statuts et métiers des agents (y inclus les nombreux « faisant fonction ») qui les assument concrètement, la mission s'inscrit dans la ligne du rapport de Chantal de Singly et traite exclusivement des cadres de santé, des ingénieurs hospitaliers, techniciens supérieurs hospitaliers, attachés d'administration hospitalière et adjoints des cadres hospitaliers<sup>7</sup>. Elle n'a, en revanche, pas abordé le cas de l'intégralité des personnels non-cadres qui peuvent se trouver en position d'encadrement.

<sup>5</sup> DE SINGLY C. Rapport sur « le rôle, les missions, la formation et la valorisation des cadres hospitaliers », remis à la ministre de la santé et des sports le 11 septembre 2009, 124 p.

<sup>6</sup> « Dans l'exercice de ses fonctions, [le praticien chef d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique] peut être assisté par un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au directeur d'établissement. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage-femme ».

<sup>7</sup> La direction générale de l'offre de soins (DGOS) a par ailleurs lancé un groupe de travail sur la profession de sage femme, y compris les cadres sages femmes.



- [28] De plus, la mission a pris le parti de s'attacher prioritairement aux cadres de santé, dont les activités sont déjà de natures assez diverses<sup>8</sup>. Cette approche, compte tenu des effectifs en jeu et des questions organisationnelles à traiter, doit permettre d'élaborer des pistes complémentaires pour les autres cadres, dans un souci de cohérence, qu'ils bénéficient déjà d'un dispositif de formation ad hoc – comme les attachés d'administrations hospitalières -, ou pas, si ce n'est au titre de la FAE : ingénieurs, techniciens supérieurs et adjoints des cadres.
- [29] Enfin, il faut bien prendre la mesure des enjeux. La formation initiale et continue, si elle représente une priorité stratégique évidente dans ces métiers, ne saurait constituer la réponse unique ou même principale, au besoin légitime de reconnaissance des personnels concernés et aux impératifs de réorganisation pesant sur les établissements. Tout au plus peut-elle influencer favorablement sur ces deux dimensions clé, autant qu'elle en est d'ailleurs dépendante.
- [30] Dans le même ordre d'idées, les ambiguïtés sémantiques liées à la dénomination du corps de cadres de santé ne seront pas levées par la seule réforme de la formation.
- [31] Ainsi, des professionnels paramédicaux, ne peuvent envisager aujourd'hui de véritable promotion professionnelle (devenir « cadre ») qu'en acquérant le statut de cadre de santé, de sorte que certains projets professionnels peuvent être davantage motivés par la recherche, légitime, d'un tel avancement, que par les fonctions d'encadrement elles-mêmes.
- [32] La question d'une possible poursuite de carrière au sein de la filière soignante (outre les situations déjà existantes des infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat (IADE), infirmiers de blocs diplômés d'Etat (IBODE) et infirmières puéricultrices, l'expérimentation des masters de pratiques avancées co-habilités de l'EHESP et de l'université de Provence Aix-Marseille I, de même que les « cadres experts » et, bien entendu, les modalités d'accès aux emplois de directeur des soins ou coordonnateur général des soins), dépassent le périmètre de la présente mission<sup>9</sup>.
- [33] Pour autant, quels que soient les choix qui seront opérés sur ce plan, les propositions exposées ici relativement à la formation des cadres conservent leur logique interne.
- [34] Enfin, la mission ne préconise pas de donner suite, dans l'immédiat, au principe d'une « ouverture » du corps de cadre de santé à d'autres professionnels que ceux issus des métiers paramédicaux. En effet, il apparaît que si l'on attend d'eux au premier chef qu'ils veillent à la qualité et la sécurité des soins, organisent la meilleure allocation des ressources et accompagnent les agents dans les réformes, les cadres de santé doivent impérativement conserver un lien avec le soin. Ils ne sauraient animer des équipes soignantes sans une large maîtrise des compétences correspondantes, gage de légitimité et d'efficacité. A cet égard, si les établissements privés à but lucratif ont pu diversifier leur recrutement sur ce plan, on constate que la très grande majorité des cadres d'unités restent issus des filières paramédicales. Dans les principaux établissements représentés par la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, à but non lucratif (FEHAP) ou la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC), le cas le plus général reste aussi celui du recours à des cadres « infirmiers », sur un modèle très proche du secteur public.

---

<sup>8</sup> BARTHES R., Dessine moi le cadre de demain, revue Soins cadres, août 2010, n° 75, p20-23 : le cadre de santé « n'est pas clairement un métier, plutôt une profession ».

<sup>9</sup> Ce point renvoie aux travaux de la mission présidée par monsieur Laurent Hénart, député de Meurthe et Moselle, relative aux nouvelles modalités d'exercice paramédical.

[35] La question pourrait davantage se poser pour les cadres supérieurs de santé<sup>10</sup>, à ceci près que les profils gestionnaires « non-soignants » existent déjà parmi les cadres hospitaliers, à commencer par les attachés d'administration hospitalière, l'enjeu étant alors moins, pour le succès de la démarche des pôles, de promouvoir des modifications statutaires de principe, que de déployer harmonieusement des compétences entre les deux types de profils, a priori complémentaires.

[36] Plus généralement, l'approche retenue par la mission consiste à éviter toute modification brutale de l'organisation actuelle, afin de préserver les possibilités d'une évolution résolue, mais graduelle, qui vise d'abord à décroquer un système devenu inadapté tout en consolidant les compétences et, dès lors, les perspectives de professionnels dont le rôle n'a probablement jamais été aussi décisif pour le succès des réformes en cours.

## 1. QUELS CADRES POUR L'HOPITAL DE DEMAIN ?

### 1.1. Quels effectifs aujourd'hui et à terme ?

[37] Idéalement, il conviendrait d'aborder la formation des cadres hospitaliers selon une logique de besoins, plus que de débouchés.

#### 1.1.1. Les effectifs en poste

		Titulaires		Non-Titulaires sur emplois permanents		Ensemble	
Corps par origine professionnelle	Grade	Effectif physique	ETP	Effectif physique	ETP	Effectif physique	ETP
Cadre de santé Infirmier	Cadre de santé	18 318	18 017,4	208	191,4	18 527	18 208,9
	CSS	3 993	3 948,8	34	32,3	4 026	3 981,0
	Total	22 311	21 966,2	242	223,7	22 553	22 189,9
Cadre de santé Rééducateur	Cadre de santé	683	676,1	28	21,8	712	697,9
	CSS	322	311,4	11	9,0	332	320,4
	Total	1 005	987,5	39	30,9	1 044	1 018,3
Cadre de santé Médico-technique	Cadre de santé	2 339	2 279,8	16	13,7	2 356	2 293,6
	CSS	406	404,1	5	4,4	410	408,5
	Total	2 745	2 684,0	21	18,1	2 766	2 702,1
<b>sous-total cadres de santé</b>		<b>26 061</b>	<b>25 638</b>	<b>302</b>	<b>273</b>	<b>26 363</b>	<b>25 910</b>
AAH		2 832	2 769,3	328	321,6	3 160	3 090,9
ACH		5 466	5 274,9	730	697,2	6 196	5 972,1
Ingénieur		1 553	1 522,9	1 018	974,5	2 571	2 497,4
TSH		4 401	4 349,8	684	676,8	5 085	5 026,7
<b>Sous total cadres hors CS</b>		<b>14 251</b>	<b>13 917</b>	<b>2 760</b>	<b>2 670</b>	<b>17 012</b>	<b>16 587</b>
<b>TOTAL cadres hospitaliers</b>		<b>40 313</b>	<b>39 555</b>	<b>3 062</b>	<b>2 943</b>	<b>43 375</b>	<b>42 497</b>

Source : direction générale de l'offre de soins (DGOS) : SPE (statistique personnels des établissements de santé) 2004 redressée avec SAE (statistique annuelle des établissements de santé) 2007 (champ : personnels titulaires et non titulaires sur emplois permanents des établissements publics de santé de la France entière, hors hôpitaux militaires).

<sup>10</sup> Le décret de 1995 susmentionné rendant déjà théoriquement ce corps accessible aux cadres de santé ou personnes disposant d'un « diplôme équivalent ».

- [38] Alors qu'entre 2001 et 2009, les effectifs de « cadres administratifs » (AAH et ACH), et de « cadres techniques » (IH et TSH) ont augmenté (10% pour les premiers, 15,5% pour les troisièmes et 57% pour les quatrièmes), le nombre de cadres de santé a décru de 4,5% et particulièrement les cadres issus de la profession infirmière (-7,6%).<sup>11</sup>

### 1.1.2. Evolutions démographiques

- [39] En mai 2003, une étude de l'observatoire national de l'emploi et des métiers de la fonction publique hospitalière (ONEMFPH) de la DGOS<sup>12</sup> concluait que contrairement au reste de la FPH, les départs de cadres de santé et de cadres supérieurs de santé seraient concentrés sur les années 2004-2005 pour les premiers, et sur 2003 pour les seconds. Ce pic était prévu en 2014 pour les TSH et IH (les vagues de départs importants ayant commencé en 2006-2007), et en 2010 pour les ACH et les AAH.
- [40] D'après une autre étude conduite par l'ONEMFPH en 2005<sup>13</sup> : « pour le seul renouvellement des départs à la retraite (plus de 80% des effectifs), le flux d'entrée dans la fonction devra correspondre à près de 1.700 cadres de santé par an en moyenne sur la période. Les départs "naturels" et volontaires de la FPH, avant la retraite, sont à considérer aussi (...) ». Un potentiel « de 2.000 à 2.500 cadres à former par an » était alors anticipé.
- [41] Concernant les cadres de santé « issus de la filière infirmière », en 2007, la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) a enregistré 913 départs en 2007 et 691 en 2009, avec un flux annuel moyen de 943 entre 2002 et 2009 inclus ; pour les cadres supérieurs de la même filière, 353 départs en 2007 et 245 en 2009 pour une moyenne de 314 départs annuels sur la même période<sup>14</sup>.
- [42] Les départs en retraite des ACH ont fortement augmenté de 2002 à 2009 (108/223), de même que ceux des TSH (20/76) et les AAH-chefs de bureau (37/175), sachant que pour tous, l'âge de départ en 2009 était supérieur à 60 ans.<sup>15</sup>
- [43] De fait, l'âge moyen dans la FPH étant de plus 41,4 ans (au 31/12/2004, 40,9 pour les femmes)<sup>16</sup>, celui de l'encadrement soignant est sensiblement supérieur.
- [44] La mission n'a pas eu accès à une pyramide des âges consolidée au niveau national. Elle s'est procuré celle des cadres de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP). Ainsi, parmi les 2 685 cadres et cadres supérieurs de santé de l'AP-HP, dont 86,7% de femmes, 51% ont 50 ans et plus, près du quart dépassant 55 ans. Parmi les ACH, 46% ont 50 ans et plus ; ce taux atteint 59% des AAH (anciens chefs de bureau) contre 27% pour les TSH (plus de la moitié a moins de 45 ans), et 35 % pour les IH.

<sup>11</sup> Données DGOS, estimation issue de 2 sources : DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)/SAE et DGOS/SPE-SPS (sanitaire et médico-social public FPH), sachant qu'hormis pour la filière administrative, la part du secteur médico-social est très faible dans ces chiffres.

<sup>12</sup> ONEMFPH, Fonction publique hospitalière : données démographiques, horizon 2015. Cette étude ne prenait pas en compte l'impact de la réforme des retraites initiées par la loi 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites.

<sup>13</sup> In Monographies de 10 métiers et groupes de métiers sensibles Cadre de santé de proximité et cadre de santé de pôle, Etude prospective des métiers sensibles de la FPH, tome 2, Editions de l'ENSP, 2007, p152, partie 4.3.8.

<sup>14</sup> Les cadres et cadres supérieurs de santé anciens infirmiers ont représenté 75% des départs pour ces deux corps en 2009.

<sup>15</sup> L'ensemble des données relatives aux retraites provient de la CNRACL; il y a eu seulement quelques liquidations de retraite pour des ingénieurs hospitaliers entre 2002 et 2009.

<sup>16</sup> In Facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics, Etude prospective des métiers sensibles de la FPH, tome 1, Editions de l'ENSP, 2007, p18, partie 1b.

- [45] Toutefois, on observe qu'un nombre croissant de ces professionnels partent au-delà de 60 ans, ce qui peut expliquer une progression des liquidations de pensions plutôt inférieure aux prévisions. Les cadres de santé et les cadres supérieurs de santé, s'ils partent en moyenne à 57,4 ans, reculent progressivement le moment de leur départ (56,4 ans en 2002). La réforme des retraites en cours, et notamment l'évolution du statut des mères ayant élevé trois enfants, va sans doute provoquer, dans l'ensemble de la fonction publique, une nette hausse des départs, de sorte qu'il est malaisé de fournir une tendance sur le moyen terme (en 2009, 13,5% des CS et CSS partant à la retraite avaient plus de 3 enfants).
- [46] Pour mémoire, le taux d'encadrement était de 5,6% dans les établissements publics de santé en 2004. Pour la filière soignante, il va de 2,2% dans les hôpitaux locaux (HL) à 7,1% dans les centres hospitaliers spécialisés (CHS) et s'établit à 4,1% dans les centres hospitaliers (CH) et 5% dans les centres hospitaliers régionaux (CHR)-centres hospitaliers universitaires (CHU). Pour la filière administrative, il va de 9,2% dans les CHR-CHU à 18,9% dans les HL (10,2% dans les CH). Il atteint 9,4% dans les CHU-CHR pour la filière soignante contre 1% dans les HL et 5,7% dans les CH<sup>17</sup>.

### 1.1.3. Les effectifs en formation

- [47] D'après les éléments faiblement agrégés<sup>18</sup> fournis à la mission, le nombre de diplômes de cadre de santé délivrés s'est établi à 1 195 en 2000, pour atteindre un pic de 1 887 en 2005 et retomber à 1 608 en 2006 et 1733 en 2008<sup>19</sup>. Autrement dit, à horizon de 3-5 ans, les besoins en formation des cadres de santé ne devraient pas excéder leur niveau actuel, soit près de 2000 pour les 38 IFCS, ayant une capacité de formation en 2010 de près de 2 100 places (cf. : annexe 1).
- [48] L'AP-HP estime, sur la base de données précises, qu'elle aura besoin de former 150 cadres par an d'ici 2013-2014, soit une proportion stable, son problème étant davantage de faire le plein de cette capacité, ce qui n'est déjà pas le cas en 2010, cette dimension étant désormais incluse dans le volet ressources humaines du plan stratégique de l'institution<sup>20</sup>.
- [49] D'après l'étude précitée de l'ONEMFPH<sup>21</sup> : « le nombre de cadres de santé de pôle est de l'ordre de 3 000 à 4 000 pour un effectif actuel global d'environ 5.000 cadres supérieurs de santé. Les départs à la retraite étant quasiment de 90%, il s'agira de former quelque 500 cadres supérieurs de santé (de pôle) par an».
- [50] Pour sa part, l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) indique avoir financé, au total, 2 309 diplômes de cadres de santé en 2007, 2 655 en 2008 et 2 553 en 2009.<sup>22</sup>
- [51] Concernant les autres cadres hospitaliers, il n'existe pas de chiffres agrégés pour les FAE des ACH et TSH. Le nombre d'ingénieurs hospitaliers en FAE à l'EHESP diminue depuis 3 ans : 107 en 2008, 70 en 2009 et 54 en 2010, de même que le nombre d'AAH passés de 189 en 2003 à 125 en 2010 avec une moyenne de 151 formés chaque année.

<sup>17</sup> Données SPE 2004, taux d'encadrement par catégorie d'établissements et filières dans les établissements publics de santé (EPS) au 31/12/2004, personnels titulaires et non titulaires sur emplois permanents des EPS de la France entière hors hôpitaux militaires.

<sup>18</sup> D'un point de vue prévisionnel, le dispositif statistique est pour le moins lacunaire, faute de consolidation administrative ou professionnelle des données de base issues des IFCS, ce qui, à un tel stade, paraît difficile à justifier.

<sup>19</sup> Source : DREES, La formation aux professions de santé en 2008, novembre 2009, n°139, p89 et suivantes.

<sup>20</sup> L'IFCS de l'AP-HP présente ainsi un taux de vacances de 20 à 25%.

<sup>21</sup> In Monographies de 10 métiers et groupes de métiers sensibles Cadre de santé de proximité et cadre de santé de pôle, p152.

<sup>22</sup> L'ANFH comptabilise tous les agents qui sont en étude promotionnelle, la totalité ou une fraction de l'année. La formation de cadre de santé se déroule la plupart du temps de septembre n à juin n+1. Ainsi par exemple, en 2009, sont comptabilisés les étudiants de la promotion 2008/2009 et 2009/2010, ce qui explique que le chiffre dépasse la capacité de formation des IFCS.

- [52] Au regard de l'organisation des établissements, la mission estime, s'agissant des cadres de santé, que les réorganisations sont déjà largement engagées, de sorte que l'hypothèse de stabilité de ces effectifs est la plus crédible. En revanche, le nombre de cadres supérieurs de santé devrait encore diminuer, ceux-ci étant encore largement plus nombreux que les pôles (étant entendu que certains pôles de grande taille nécessitent l'intervention de plusieurs cadres supérieurs et qu'il existe également des cadres supérieurs aux fonctions transversales qui doivent demeurer)<sup>23</sup>. Néanmoins, la mission estime que la période de mise en œuvre de la réforme de la formation (cf. : infra 3.1.3) permettra à la majorité de ces réorganisations de se réaliser (compte tenu des départs en retraite des cadres supérieurs), et fait l'hypothèse d'un besoin de formation de 300 CSS par an à horizon 2014, ce chiffre étant un maximum.
- [53] Concernant les AAH, les situations rencontrées par la mission sont doubles : dans certains cas, l'un des collaborateurs des chefs de pôles est clairement un AAH, déjà recruté ou redéployé depuis les services centraux vers les pôles<sup>24</sup>; dans d'autres, leur présence n'est au contraire pas organisée et ce sont des directeurs-référents qui se trouvent mobilisés. L'arbitrage entre ces deux options semblant encore largement ouvert, il paraît donc impossible de prévoir une évolution notable des effectifs, et donc des besoins de formations, malgré l'âge moyen relativement élevé de ce corps.
- [54] Si, comme le confirment les données de la CNRACL ou celles fournies par l'AP-HP pour ce qui la concerne, les professionnels en place ont un âge moyen croissant, la mission estime que ce phénomène devrait globalement se trouver compensé par les efforts de maîtrise des emplois, dans un contexte de restructurations.
- [55] Ce n'est évidemment qu'au vu de ces éléments de cadrage, encore assez largement incomplets à ce jour<sup>25</sup>, que des scénarios robustes d'organisation peuvent être élaborés, en particulier pour faire évoluer l'actuel appareil de formation, dont l'architecture et le fonctionnement doivent être déduits des réponses à ces questions fondamentales, plutôt que constituer une solution en tant que telle.

## **1.2. Le métier de cadre**

- [56] La plupart des observateurs s'accordent pour estimer que le rôle des cadres a considérablement évolué depuis quelques années, au point d'être devenu assez écrasant, protéiforme, avec un contenu croissant d'activités « invisibles »<sup>26</sup>. Sur ces bases, dont il faut bien tenir compte comme d'une réalité assez générale, la première question consiste à définir un référentiel de tâches et de compétences liées à ces missions et responsabilités. La présente mission n'a pas pour objet de les construire, ce travail étant du ressort de la DGOS en lien étroit avec les professionnels concernés. Par conséquent, la mission esquissera ici une première approche en la matière.

<sup>23</sup> Voir ZEGGAR H., VALLET G., Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé, IGAS, février 2010, 123p, partie 2.2 du rapport, p30.

<sup>24</sup> De plus, le mouvement de transfert des directions vers les pôles n'est pas terminé cf. : Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé, partie 2.1., p24.

<sup>25</sup> Absence de données prospectives de l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) notamment.

<sup>26</sup> Cf. : partie I, 1.1 du rapport de Chantal DE SINGLY.

### 1.2.1. Cadre de proximité et cadre de pôle

- [57] A ce stade, une première question est de choisir entre une approche « pragmatique », fondée sur les situations observées et une démarche plus prospective sur ce que pourrait devenir ces fonctions à moyen terme. Ainsi, plusieurs professionnels ont fait part à la mission de leur souhait de se voir déchargés de certaines tâches administratives et logistiques, tandis que d'autres estiment au contraire que la plupart de ces fonctions font partie de leurs responsabilités, la formation devant en tenir compte et fournir des outils et méthodes pour les assumer au mieux (l'exemple des plannings étant récurrent).
- [58] Une autre difficulté consiste, de ce point de vue, à tracer des contours suffisamment clairs pour distinguer, dans un contexte par ailleurs très évolutif, les deux métiers, celui de cadre de proximité comportant d'évidence une composante managériale sensible, dans un contexte directement lié aux soins et à leur « production », et celui de cadre supérieur, en particulier au niveau du pôle, n'étant pas pour autant détaché des préoccupations opérationnelles.
- [59] Ce constat soulève la question, centrale pour la présente réflexion, de la nature exacte de cette différenciation : quel est le contenu précis de cet écart aux deux niveaux distincts de l'unité voire du service, et du pôle ? Doit-on instaurer une sorte d'automatisme « hiérarchique » consistant à cantonner les cadres de santé au pilotage de proximité et à affecter les cadres supérieurs à celui des pôles ? Dans le cas contraire, jusqu'où peut-on organiser le passage de l'une à l'autre position, en termes de développement de carrière, davantage que sur la base d'une affectation en pôle ?
- [60] Le répertoire des métiers réalisé par l'ONEMFPH est de ce point de vue assez éclairant. Il propose une famille « management et aide à la décision », dans laquelle on retrouve un certain nombre de cadres administratifs et les directeurs de soins. Les autres familles se déclinent sur des champs particuliers (« ingénierie et maintenance techniques », « services logistiques », « soins », etc.) dont les sous-familles peuvent elles aussi en appeler au management (« management ingénierie et maintenance techniques », « management, conception et gestion de la logistique » etc.). De même, dans la famille « soins », il existe une sous-famille relative au « management des soins » dans laquelle se retrouvent les « cadres responsables d'unité de soins », « cadres responsables en unité d'obstétrique », « cadres soignants de pôle », et « coordinateurs parcours patient ».
- [61] Ceci laisse à penser qu'il existe bien deux métiers, l'un au niveau de la proximité et l'autre à celui du pôle. Une analyse similaire peut être faite, d'une part entre les ACH qui se retrouvent davantage dans les fonctions identifiées à un niveau d'encadrement de proximité et les AAH au niveau du pôle ou d'une direction fonctionnelle et, d'autre part, entre les TSH et les IH, même si les ACH et les TSH peuvent être affectés à des niveaux stratégiques importants, notamment dans les établissements de petite taille.
- [62] Au total, la mission estime que les attributions propres aux cadres supérieurs de santé, en particulier avec la montée en puissance des pôles, disposent déjà d'une identité marquée, à très forte dimension managériale, la différence de degré avec le niveau des unités de soins devenant même, surtout pour des pôles de grande taille, une différence de nature. Il ne semble dès lors plus possible de conserver des modalités de recrutement identiques et indispensable de définir des parcours professionnels et des apports en formation ad hoc.
- [63] La mission a fait le constat que les différents cadres hospitaliers, qu'ils travaillent dans les domaines soignant, administratif ou technique, partagent la vision de ce que sont les cadres de proximité et les cadres de pôle ou les collaborateurs des directeurs dans les directions fonctionnelles. Ainsi, les ACH et les TSH se positionnent globalement comme des cadres de proximité, les IH et les AAH plutôt comme des managers et/ou des experts.

### 1.2.2. Le chef d'équipe

- [64] Il a pour principale mission d'animer une équipe pluridisciplinaire et d'assurer la production d'un service de qualité avec la meilleure allocation des ressources. Il doit donc gérer de l'information descendante et ascendante, communiquer et informer les agents, veiller au maintien de leurs compétences et les évaluer. Il lui faut également conduire des projets et y faire adhérer son équipe, coordonner les activités et les moyens dans un contexte de plus en plus contraint.
- [65] Il existe bien évidemment des spécificités pour chaque filière, et pour les cadres de santé, la relation avec les patients et leur famille est un élément de plus en plus prégnant. Pour d'autres cadres hospitaliers, il s'agira des liens avec les prestataires de services, ou de la bonne compréhension de la réglementation, du fonctionnement des appareils et des circuits. Il va de soi qu'à ce niveau, les cadres doivent posséder d'excellentes connaissances techniques, en particulier l'environnement clinique des patients, et les différents types de prise en charge pour les cadres de santé par exemple. C'est ce qui permet de gérer au mieux les flux de patients ou d'attribuer un secteur à un infirmier (IDE) en fonction de ses compétences. La connaissance du métier de base est également un élément de légitimité très fort, qui permet de se positionner non pas uniquement par l'autorité que confèrent un diplôme et/ou un grade, mais également par le pouvoir d'influence.
- [66] Dès lors, les chefs d'équipe doivent savoir se positionner, analyser des situations et des données complexes, évaluer, arbitrer et décider, anticiper et s'adapter, piloter et animer.
- On le comprend, les compétences relationnelles, organisationnelles, et pédagogiques sont ici indispensables.
- [67] Ce rôle tout à fait primordial des cadres s'accommode mal des tâches invisibles à la fois dévolues et prises en charge par les cadres de proximité pour l'essentiel. Il a souvent été rapporté à la mission que les acteurs hospitaliers (directions fonctionnelles, agents des unités, médecins) se tournaient vers eux pour répondre aux problèmes d'interface (arrivée de matériel aux portes de l'unité, besoin de médicaments alors que la pharmacie est fermée etc.), mais que les cadres eux-mêmes prenaient en charge ces tâches avec le souci - bien légitime -, de répondre aux besoins des patients et de leur apporter le meilleur soin ou service possible. Les cadres administratifs et techniques de proximité partagent ce double constat : le cadre de santé est à la fois leur unique point d'entrée dans l'unité et ils reproduisent eux-mêmes, à leur niveau, ce rôle « d'homme à tout faire » pour le bon fonctionnement de leur unité ou secteur.
- [68] S'il paraît indispensable que les cadres prennent en effet en charge un certain nombre de tâches, parce qu'ils ont une connaissance transversale des unités et font le lien entre les équipes du matin et du soir voire celles de nuit, il est anormal qu'ils supportent divers dysfonctionnements de l'organisation hospitalière. Des établissements<sup>27</sup> se sont d'ailleurs lancés dans une réflexion avec les cadres et les fonctions supports afin que les laboratoires, les directions fonctionnelles, les systèmes d'information ou la pharmacie, s'organisent davantage comme prestataires de service des unités de soins, avec des résultats jugés encourageants par les cadres, même si encore limités. La mission considère qu'il est indispensable de généraliser ces travaux et de les suivre au sein de chaque hôpital. Elle insiste cependant sur le fait qu'il revient aux cadres d'assumer une part de ces fonctions d'interface, même si elles doivent être réduites au maximum.

**Recommandation n°1 :** **Initier au sein de chaque établissement où elle n'aurait pas encore eu lieu, une réflexion associant les cadres et les fonctions supports, visant à mieux les coordonner autour des besoins des unités, afin de décharger les cadres d'un maximum de « fonctions parasites », de proposer des solutions et suivre leur mise en œuvre.**

<sup>27</sup> Comme le centre hospitalier universitaire (CHU) de Grenoble ou les Hospices civils de Lyon (HCL) notamment. Voir également HOULE L., Leadership des cadres intermédiaires, initiatives de renforcement au CHU de Sherbrooke, Québec, Revue hospitalière de France, mars-avril 2010, n° 533, p82-90.

### 1.2.3. Le cadre de pôle

- [69] A l'échelle du pôle, le cadre veille à la cohérence du fonctionnement interne au pôle et entre les pôles, à la mise en œuvre du projet de pôle et assure le suivi médico-économique des activités. Il est plus éloigné de la production du service et du destinataire final. De la même façon, il anime en direct une équipe plus réduite que le cadre de proximité. Il en est de même pour les attachés et les ingénieurs positionnés dans les directions fonctionnelles. Ils sont à la fois experts dans leur domaine de compétence, veillent à ce que les projets qu'ils initient s'inscrivent dans le projet de l'établissement et managent une équipe relativement restreinte en comparaison des cadres de proximité.
- [70] Si elles mobilisent globalement les mêmes savoir-faire que les cadres de proximité, les compétences d'analyse, de conception et de pilotage sont ici en jeu au premier chef.
- [71] La mission considère que les fonctions de cadres paramédicaux de pôles doivent être occupées, comme c'est le plus souvent le cas, par des cadres supérieurs qui devront être formés à ces fonctions particulières. Ceci n'est pas contradictoire avec l'article 13 de la loi HPST (cf. introduction), dans la mesure où les chefs de pôles auront de plus en plus besoin de collaborateurs capables de conduire le changement de façon efficace, sachant non seulement analyser les tableaux de bord médico-économiques, mais également proposer des actions correctrices, le cas échéant, dans leurs périmètres de responsabilité. Les chefs de pôle continueront donc à faire appel aux cadres supérieurs, et ce d'autant qu'ils auront reçu une formation en conséquence (cf. : 2.1.3). Cela devrait également être le cas pour les AAH.
- [72] Il apparaît qu'à ce stade, les AAH ont inégalement trouvé leur place au sein des pôles<sup>28</sup>, le tandem cadre de santé-médecin ayant davantage l'habitude de fonctionner ensemble<sup>29</sup>. Certains interlocuteurs de la mission estiment même que dans les établissements de petite ou de taille moyenne, les AAH n'ont pas vocation à exercer un rôle de ce type, les cadres de santé formés dans les domaines finance-gestion et ressources humaines pouvant tout à fait répondre aux besoins du chef de pôle en la matière.
- [73] La mission considère que les établissements doivent impérativement établir des fiches de fonctions et des fiches de postes précises pour établir les missions et champs d'intervention de chacun des collaborateurs du chef de pôle. Le champ d'intervention « privilégié » des cadres administratifs ou gestionnaires de pôle concerne la production, mais également l'analyse des tableaux de bord médico-économiques du pôle. Le cadre paramédical de pôle y participe essentiellement dans son domaine de compétence : production de soins et gestion des personnels soignants. Les attachés peuvent également être des référents très utiles aux chefs de pôles pour tout ce qui concerne la réglementation (ressources humaines, achats, biomédical etc.) notamment lorsqu'ils proviennent de directions fonctionnelles, domaines encore peu investis par les cadres paramédicaux<sup>30</sup>.
- [74] Enfin, la mission insiste sur le fait que les cadres de pôles doivent mettre en place un management participatif avec les cadres de proximité. La mise en place des pôles pourrait conduire à l'isolement de ces derniers, l'ensemble des décisions relatives au pôle étant prise à ce niveau et l'information s'y arrêtant, ce qui n'est souhaitable ni par les intéressés, ni par les établissements.

#### **Recommandation n°2 : Etablir des fiches de postes et des fiches de fonctions précises des différents collaborateurs du chef de pôle et leurs domaines d'interventions.**

<sup>28</sup> Seuls 4% des AAH de la promotion 2010 sont affectés à la gestion d'un pôle (9% en 2009), les AAH en formation étant affectés le plus souvent dans les secteurs « affaires générales », ressources humaines, finances et logistique-achats (données EHESP).

<sup>29</sup> Voir ZEGGAR H., VALLET G., Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé, IGAS, février 2010, 123p, partie 2.1 du rapport.

<sup>30</sup> Sur ces questions, voir Etude prospective des métiers sensibles de la FPH, tome 2, partie 5.



### 1.3. *Un enjeu majeur : l'attractivité*

- [75] Le manque d'attractivité de l'encadrement hospitaliers a plusieurs sources, à la fois le coût de la formation, et l'investissement personnel que demande une année d'étude pour des chargé(e)s de famille en ce qui concerne les cadres de santé notamment, ainsi que les fonctions elles-mêmes ; à la fois parce qu'elles sont difficiles (à l'interface des agents, des médecins, des directions, des usagers et des partenaires de l'hôpital) et parasitées par des tâches que d'autres pourraient accomplir, mais également parce qu'elles n'offrent pas nécessairement beaucoup d'opportunités de carrière pour ceux qui ne pourraient ou voudraient exercer dans le secteur privé.
- [76] Les référentiels cadres devront aussi incorporer la préoccupation d'attractivité des responsabilités qu'ils décrivent, en définissant en termes clairs et « repérables » par les intéressés, à la fois ce qui est attendu d'eux, et les dimensions nouvelles auxquelles ces fonctions peuvent leur donner accès, y compris dans un domaine comme la recherche clinique.
- [77] Or, plusieurs interlocuteurs ont indiqué à la mission constater un nombre croissant de reports de formations, dus a priori aux difficultés rencontrées par les établissements pour financer celles-ci au titre de la promotion professionnelle, et/ou libérer leurs agents. Mais il s'agit également de renoncements, révélant une possible tendance à la désaffection, outre un phénomène de « fuite » des élèves diplômés vers des petits établissements, le secteur médico-social ou les structures privées. Pour non mesurables qu'elles soient, ces évolutions ne peuvent être négligées.
- [78] Globalement, l'enjeu est de permettre aux futurs cadres non seulement d'acquérir mais évidemment de mobiliser effectivement leurs nouvelles compétences. Ce processus est aussi le fruit d'un nécessaire ajustement entre motivations individuelles et impératifs d'organisation. Aspirer à devenir cadre suppose en effet d'accepter les avantages mais aussi les contraintes de ce métier, dont de nombreux interlocuteurs considèrent que l'attrait s'est plutôt érodé dans la dernière période, tout en soulignant, dans leur majorité, que la constitution des pôles constitue une réelle opportunité d'affirmer leur présence.
- [79] Enfin, se pose évidemment une question plus qualitative de contenu des compétences à acquérir, à la fois communes et particulières, selon les filières d'appartenance mais aussi les niveaux de responsabilités. Cette réflexion relative aux compétences doit transcender un raisonnement uniquement fondé sur les notions de diplôme et de qualification, voire de reconnaissance professionnelle, dont la formation est évidemment porteuse mais qui ne saurait se limiter à cette dimension, si importante soit-elle. Elle doit non seulement tenir compte des évolutions internes à l'hôpital (gouvernance, techniques de soins, informatisation croissante, maîtrise des dépenses, impératifs de qualité/sécurité, priorités sectorielles, etc.), mais encore d'un nouvel environnement général, allant des attentes des personnels en interne, à celle des patients, notamment âgés et de leur entourage. Elle gagnera aussi à faire sa place aux questions pédagogiques, à la fois en tant que support nécessaire à tout futur manager, et comme socle de base commun pour permettre potentiellement à tout cadre de santé d'intervenir ultérieurement, en tant que formateur, à un moment de son cursus.

## 2. RENOVER LES FORMATIONS

### 2.1. *Les cadres de santé*

#### 2.1.1. Principes directeurs

- [80] La première question clé concerne l'opportunité de maintenir un dispositif ad hoc, via le réseau des IFCS, dans un contexte de montée en charge du LMD et aux récentes discussions relatives à la reconnaissance du niveau master pour un corps infirmier spécialisé, mais « non cadre », comme les IADE, et surtout la généralisation du niveau L pour les infirmiers en 2012.
- [81] Le maintien ou non d'un diplôme spécifique délivré par le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), voire même du concours d'entrée, peut sembler peu compatible avec la mise en place d'un parcours plus authentiquement universitaire. Néanmoins, dans l'immédiat, il est proposé de ne pas y renoncer, ceci sur une base équilibrée entre enseignements académiques et approches professionnelles, à articuler très étroitement comme de nombreuses formations le prévoient déjà<sup>31</sup> : validation du diplôme de cadre de santé et de crédits d'ECTS entre le CHU de Nancy et l'institut d'administration des entreprises (IAE) de Metz (diplôme d'université « management des organisations sanitaires et sociales »), par le CHU de Rouen et Paris Dauphine (master « économie de la santé et des politiques sociales »), ou par l'IFCS de la Croix-Rouge de Paris et le Conservatoire national des arts et métiers (master « conseil en organisation et conduite du changement »), par exemple.
- [82] L'un des paradoxes de la période peut être ainsi résumé : la qualité et l'adéquation de l'actuelle formation en IFCS sont globalement critiquées, sinon dénoncées, par l'ensemble des acteurs, même si une véritable évaluation n'en a jamais été faite. Globalement, on reproche à la formation actuelle d'être trop éloignée de la réalité du métier de cadre (ainsi, il a fréquemment été rapporté à la mission que les jeunes cadres ne savaient pas faire des plannings ou n'en comprenaient pas les principes de base, comme le roulement), et de mettre à l'œuvre des dispositifs pédagogiques difficilement conciliables avec un apprentissage s'adressant à des professionnels adultes, ayant de surcroît déjà exercé durant plusieurs années. Pourtant, les mêmes observateurs s'accordent à reconnaître le rôle crucial et la grande qualité des professionnels qui en sont issus, singulièrement leur capacité d'adaptation, fort précieuse pour conduire des changements aussi profonds. Tout se passe donc comme si le dispositif avait su, dans l'ensemble, bien préparer les cadres à relever ce défi mais n'apparaissait plus, aujourd'hui, en ligne avec des enjeux et des publics largement renouvelés.

---

<sup>31</sup>Lors d'une enquête menée en mars 2009 par le comité d'entente des formations infirmières et cadres (CEFIEC) sur les partenariats IFCS-établissements d'enseignements supérieurs (32 réponses), 25 IFCS avaient conclu une ou plusieurs conventions : il s'agissait essentiellement de lier le diplôme de cadre à une première année de master (11 cas), ou à une licence (10). La mission a recensé en septembre 2010, 26 conventionnements relatifs à des premières années de masters ou masters, et 5 pour des licences (lorsqu'il existait des doubles conventionnements, la mission ne compte ici que le niveau le plus élevé) ; 5 projets sont en cours de discussion.

- [83] Dès lors, la « mastérisation » des formations semble logique, à la fois au regard des nouveaux principes universitaires et des besoins. Tout converge en effet pour légitimer la généralisation de ce niveau de formation pour les cadres de santé. A l'inverse, on voit mal quels arguments pourraient fonder soit le refus de cette exigence de niveau assorti d'un contenu précis, soit le statu quo. Par ailleurs, il convient de rappeler que les compétences s'entretiennent, et doivent être régulièrement confrontées au réel et ajustées, de sorte que, tant pour les cadres de santé que les cadres supérieurs de santé, il restera indispensable de prévoir en cours de carrière, le suivi de modules de formation continue et de FAE, selon les cas et les parcours. Enfin, la mission ne remet pas en cause les délais minimaux d'exercice pour se présenter aux épreuves de sélection de cadre et cadre supérieur<sup>32</sup>.
- [84] Ainsi, l'accès à ce corps serait soumis à la condition de détenir le diplôme de cadre de santé, cette formation étant reconnue par la validation de 60 crédits d'ECTS via des conventions entre les établissements d'enseignement supérieur et les IFCS ou leurs structures de rattachement (le plus souvent des CHU ou de gros centres hospitaliers et centres hospitaliers spécialisés), son contenu correspondant à une définition nationale. La validation de l'ensemble des ECTS serait exigée à l'issue de la formation, le diplôme de cadre de santé étant indissociable de la reconnaissance universitaire des 60 ECTS.
- [85] De leur côté, les cadres supérieurs de santé seraient recrutés sur l'exigence de détention d'un master : la première année correspondants aux 60 ECTS du diplôme de cadre de santé, les troisième et quatrième semestres correspondant à une deuxième année de master suivie à l'université, sur la base, là encore, d'un référentiel commun.
- [86] La relation formation-recrutement devrait être clarifiée. Si l'on peut penser qu'une meilleure gestion prévisionnelle doit permettre aux établissements de faire correspondre les effectifs en formation et les postes à pourvoir, il ne peut y avoir en bonne logique, d'automaticité entre l'obtention du diplôme et le recrutement. Les pratiques des établissements étant aujourd'hui très hétérogènes en matière de concours sur titre, la mission estime qu'il est indispensable de fixer un cadre cohérent prévoyant une procédure de recrutement fondée sur un entretien approfondi et collectif, dont l'objectif essentiel serait de valider la candidature des cadres de santé ou cadres supérieurs de santé diplômés.
- [87] Par ailleurs, la mission rappelle que s'il y a un accord entre un établissement d'enseignement supérieur et un IFCS (ou son établissement de rattachement) pour que la réussite au diplôme de cadre de santé valide 60 crédits d'ECTS, le diplômé sera bien titulaire de ces 60 crédits. Cependant, la reconnaissance de crédits par un établissement d'enseignement supérieur pour poursuivre des études dans un autre établissement n'est jamais automatique, de même que l'inscription en deuxième année de master n'est jamais de droit<sup>33</sup>. La mission propose donc de construire des deuxièmes années de masters très ciblées sur un type de population bien défini, afin que l'automaticité qui ne peut être de droit, soit en pratique de fait (cf. : 2.1.2.2).
- [88] Dans les deux cas, les formations seraient ouvertes à la validation des acquis de l'expérience (VAE) et surtout à la validation des acquis professionnels (VAP)<sup>34</sup>, afin de tenir compte aussi étroitement que possible des cursus individuels et de personnaliser les parcours.

---

<sup>32</sup> Décret 31 décembre 2001 susmentionné : 5 ans d'expérience pour les cadres de santé en tant que paramédicaux, 3 ans pour les cadres supérieurs de santé en tant que cadres.

<sup>33</sup> Cf. : article 11 de l'arrêté du 25 avril 2002 relatif au diplôme national de master.

<sup>34</sup> C'est le cas pour les diplômes universitaires mais pas pour le diplôme de cadre de santé ; cf. : décret n°85-906 du 23 août 1985 fixant les conditions de validation des études, expériences professionnelles ou acquis personnels en vue de l'accès aux différents niveaux de l'enseignement supérieur.

- [89] La pertinence d'une différenciation des apports en formation entre futurs cadres et futurs cadres supérieurs de santé doit être convenablement appréciée : d'un côté, leurs métiers vont diverger de plus en plus entre « chefs d'équipes » soignants, cadres experts ou référents et responsables encadrants de grandes entités ; de l'autre, il s'agit de tenir compte de l'interpénétration déjà relevée des deux activités, ainsi que du principe de « logique de l'honneur », qui peut s'accommoder de formations complémentaires mais probablement pas de cursus par trop différenciés ou mutuellement étanches.
- [90] Autre intérêt : ménager des débouchés pour des professionnels dont la seconde partie de carrière doit être « pensée », compte tenu de l'allongement des durées d'activité, mais aussi des contraintes inhérentes à des métiers qu'il sera difficile d'exercer durablement sans mobilité, au sein de la sphère hospitalière publique, ou encore en direction du secteur privé de la santé, lucratif et non lucratif, voire d'autres activités.
- [91] Ce cursus serait identique quelle que soit l'origine professionnelle des personnels paramédicaux appelés à le suivre, y compris les infirmiers spécialisés (IADE, IBODE, et infirmières de puériculture). Bien entendu, l'individualisation des parcours devra permettre de tenir compte de leur expertise particulière. Mais le cœur de la formation de cadres de santé et de cadres supérieurs de santé résidant à l'avenir dans les questions de management, il apparaît cohérent de l'appliquer aussi à ces personnels.
- [92] Enfin, les IFCS, au cœur de ce dispositif profondément renouvelé et articulé avec le milieu universitaire verraient tout à la fois leur rôle clarifié et élargi, dans une optique de transversalité, à des séquences de formation, y compris continue, en direction des autres cadres hospitaliers. Ils deviendraient, dans ces conditions, de nouveaux instituts régionaux du management en santé IRMS (cf. 3.2).

**Recommandation n°3 : Soumettre l'accès au corps de cadre de santé à la condition de détenir le diplôme de cadre de santé reconnu par équivalence de 60 crédits d'ECTS à travers des conventions entre les établissements d'enseignements supérieurs et les IFCS, à partir d'une définition nationale.**

**Recommandation n°4 : Soumettre le recrutement au grade de cadre supérieur de santé à la détention d'un master dont la première année correspondrait aux 60 ECTS du diplôme de cadre de santé, sur la base d'un référentiel commun.**

## **2.1.2. Le cursus de cadre de santé**

### **2.1.2.1. La formation actuelle**

- [93] La formation actuelle est régie par l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé. Elle est dispensée en IFCS et s'organise sur 42 semaines - dont une de congés et deux de travail personnel - et se répartit entre des enseignements théoriques (24 ou 26 semaines soit 720 ou 780h), et des stages (13 ou 15 semaines).

[94] Elle s'articule autour de 6 modules :

Intitulés des modules	Enseignements théoriques	Stages	Total
<b>1/ Initiation à la fonction de cadre</b>	3 semaines 90 heures	3 semaines	6 semaines
<b>2/ Santé publique</b>	3 semaines 90 heures		3 semaines
<b>3/ Analyse des pratiques et initiation à la recherche</b>	3 semaines 90 heures		3 semaines
<b>4/ Fonction d'encadrement</b>	5-6 semaines 150-180 heures	4-3 semaines	9 semaines
<b>5/ Fonction de formation</b>	5-6 semaines 150-180 heures	4-3 semaines	9 semaines
<b>6/ Approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation professionnels</b>	5 semaines 150 heures	4 semaines	9 semaines

[95] Ceci appelle plusieurs commentaires.

[96] D'une part, le parti pris lors de la création du diplôme de cadre de santé, en même temps qu'il supprimait les filières (soins, rééducation et médico-technique), était de former indifféremment les « cadres de terrain » et les cadres formateurs, le nombre de modules et de stages étant rigoureusement les mêmes.

[97] D'autre part, l'intitulé des modules et au-delà, leur déclinaison, paraît a priori correspondre aux besoins de formation des cadres actuels et de ceux de demain.

[98] Enfin, l'alternance enseignements théoriques/stages - et parmi eux un stage hors secteur sanitaire, un stage en établissement et un stage « de spécialisation » (en établissement ou en école) - semble également équilibrée et pertinente.

[99] Pour autant, comme on l'a vu, cette formation est globalement critiquée par l'ensemble des acteurs hospitaliers (y compris les cadres eux-mêmes), et au-delà (établissements privés à but non lucratif et privés).

[100] La mission identifie quatre pistes d'explications :

- les enseignements sont trop théoriques et pas assez « contextualisés » : ils en restent trop souvent au stade des principes et des concepts ; or les cadres ont besoin de connaissances immédiatement utilisables au quotidien, une mise en perspective étant bien évidemment nécessaire au préalable ;
- les outils pédagogiques et les modes d'enseignements ne sont pas adaptés ; les critiques formulées en la matière ont été relativement fortes puisque ces supports ont été jugés obsolètes, paternalistes voire infantilisants : les cadres demandent de véritables tutorats pendant les stages, davantage d'analyses de cas pratiques, et des retours d'expériences ;
- les équipes pédagogiques peinent assez souvent à trouver leur juste place dans un contexte de double réforme, de l'hôpital et des formations universitaires (voir 2.1.5) ;
- un système dual insatisfaisant : en voulant former à la fois des cadres de terrain et des cadres formateurs, l'année en IFCS crée des insuffisances et des frustrations des deux côtés, en ne formant convenablement ni les uns, ni les autres. De plus, malgré sa très grande précision, le dispositif actuel permet à certains IFCS de former plutôt des formateurs, et à d'autres plutôt des managers.

### 2.1.2.2. Un nouveau dispositif<sup>35</sup>

[101] Compte tenu de la situation actuelle, un référentiel national de formation apparaît indispensable. Il doit être élaboré par la DGOS à partir des référentiels métier et compétences. A tous égards, il paraît justifié de l'axer fortement vers le « management en santé », ceci autour de trois volets, allant du plus général au plus « contextuel »,<sup>36</sup> et regroupant des enseignements déjà largement présents dans le système universitaire ou professionnel :

- politiques et institutions de santé : aspects juridiques (droit et institutions de la santé, risque et sécurité sanitaire, éthique, responsabilité), économiques (dépenses de santé, assurance-maladie), médico-techniques (politiques et plans de santé publique, progrès médical, droits des patient etc.), sociologiques ;
- établissements de santé : nouvelle gouvernance et organisation de l'hôpital ; acteurs ; règles et principes de gestion : fonction publique hospitalière, budgets, tarification à l'activité (T2A), marchés, environnement technique, logistique, biomédical ; recherche clinique ; systèmes d'information etc. ;
- les leviers du métier de cadre, orientés vers la gestion et la production des soins : management opérationnel, gestion du personnel et des ressources humaines (GRH), dialogue social, pédagogie, organisation, conduite du changement/de projet, maîtrise des outils de pilotage tels que plannings dans le respect de la législation en vigueur, gestion des lits, gestion des stocks, processus qualité, développement personnel (prise de parole, conduite de réunion, positionnement, communication-négociation, maîtrise de la bureautique etc.).

[102] La mission préconise globalement, sous réserve de l'expertise à conduire par les services compétents, que sur la base de 60 ECTS, les enseignements soient répartis en trois tiers (soit 15 ECTS pour chacun des trois axes et 15 pour les périodes de stages).

[103] Partant du principe que la compétence relève de savoirs et de savoir-faire, la mission confirme qu'il est nécessaire d'alterner les apprentissages en IFCS et les stages. Elle considère que les stages, davantage qu'aujourd'hui doivent :

- être structurés autour des compétences à acquérir sur le modèle des « stages apprenants » du nouveau diplôme d'Etat infirmier (DEI) dispensés par les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI),
- être encadrés par un tuteur senior,
- être l'occasion d'une véritable mise en situation professionnelle qui ne doit pas être une anticipation de la prise de poste, le futur cadre étant bien toujours en situation d'apprentissage,
- faire l'objet de retours d'expériences et d'échanges en IFCS.

[104] Sur le plan pédagogique, il serait prévu de manière plus nette de « dépayser » les élèves (y compris sur des terrains de stage en dehors de la sphère sanitaire, mais en ciblant des entreprises de service dont certains sont rendus par les hôpitaux, par exemple dans le domaine logistique, ou hôtelier, biomédical etc.), en favorisant les travaux de groupes entre eux et avec d'autres acteurs de l'hôpital. Complémentairement, il conviendrait d'assurer un temps de stage avant la prise du poste, dans les conditions fonctionnelles de celui-ci. L'ensemble pourrait donc être réalisé en 3 séquences pratiques, soit :

- stage de découverte dans un environnement non hospitalier : établissement privé de santé, entreprise (3 semaines) ;

<sup>35</sup> L'annexe 1 du présent rapport fait une synthèse des principales modifications proposées sur les formations.

<sup>36</sup> Certaines questions transversales pourraient relever de chacun des trois blocs : ainsi les dimensions, de plus en plus importantes, liées aux parcours coordonnés de soins ou à la territorialisation, supposent de maîtriser le cadre général de ces dispositifs tout autant que leurs aspects opérationnels.

- stage d’immersion managériale dans un autre service hospitalier ou un autre établissement (4 semaines), couplé à la découverte de deux secteurs hospitaliers hors soins (2 semaines) ;
- stage de mise en situation/prise de poste : idéalement, il faudrait que tout cadre connaisse ex ante son affectation après formation, y compris pour « ajuster » celle-ci, notamment en fin de cursus. Toutefois, le stage préalable à la prise de poste s’impose dans tous les cas comme un appui minimum, qui devra être renforcé ex post par un suivi régulier (cf. : 2.1.4). Ce stage ne doit pas être une anticipation de la prise de poste, puisque le futur cadre est bien en position d’élève, mais il a pour objet de permettre tout à la fois une meilleure présentation de l’hôpital et de ses acteurs, un descriptif précis et pratique du pôle/service/unité d’affectation du futur cadre (protocoles, liste des personnes ressources, logiciels, numéros de téléphones etc.) et une immersion dans le futur environnement de travail auprès du cadre en place ou de celui qui assure l’intérim (6 semaines). Il doit obligatoirement être suivi d’une période de retour d’expérience à l’IFCS et si c’est possible, de compléments d’enseignements à la carte en fonction des besoins identifiés par le futur cadre et son tuteur.

[105] Ceci nécessiterait que les hôpitaux s’organisent à la fois pour prévoir l’affectation en amont des cadres (ce qui est globalement d’ores et déjà le cas), et pour mettre en place un véritable vademecum des nouveaux arrivants cadres, en étendant ce qui est souvent déjà pratiqué au niveau de l’établissement, à celui de l’unité.

[106] Une construction de ce type répondrait a priori au double besoin identifié lors de cette mission, exprimé par les professionnels eux-mêmes : tout à la fois « prendre du recul », remettre leur expérience en perspective et se centrer sur leur futur métier, d’un point de vue aussi opérationnel que possible.

**Recommandation n°5 : Axer la nouvelle formation des cadres de santé sur le management en santé, autour de trois dimensions d’égale importance : l’environnement sanitaire et hospitalier, le fonctionnement des établissements et les leviers du métier.**

**Recommandation n°6 : Construire les stages autour de l’acquisition de compétences et localiser le stage de spécialisation dans le futur lieu d’affectation du cadre.**

### 2.1.3. Le cursus de cadre supérieur

[107] Depuis 1995, les cadres qui accèdent à ce corps sont sélectionnés au choix, sans condition de formation préalable. Ils peuvent, le cas échéant, bénéficier de formations ad-hoc au titre de la formation continue, nombreux étant ceux qui se sont engagés préalablement dans des formations universitaires, afin de renforcer leurs chances de succès.

[108] Or, devenus partie prenante de la stratégie d’établissement dont ils doivent assurer la mise en place, garants de son articulation avec les « opérations », au sens industriel du terme, les cadres supérieurs, et prioritairement ceux qui ont en charge l’animation d’un pôle, doivent s’imprégner de cette stratégie, le faire en équipe et bénéficier de mises en situation qui puissent les y aider.

[109] La mise en place d’un cursus de droit commun est donc requise. Il se situerait en lien avec les formations des chefs de pôles, prévues par l’arrêté du 11 juin 2010 fixant les modalités de la formation à l’exercice des fonctions de chefs de pôles d’activité clinique ou médico-technique (minimum de 60 heures, avec forte orientation management, pilotage, RH), dont la mise en œuvre immédiate par les établissements gagnerait bien sûr à prévoir d’emblée l’association des « trios de pôles », à l’image du programme développé par l’agence nationale d’appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) avec 125 responsables de pôle.

- [110] La deuxième année de master nécessitant un travail de recherche consistant et une période de stage importante, il faut, à ce stade comme pour la formation des cadres de santé, privilégier un référentiel « homogène ». Dans la continuité des enseignements du diplôme de cadre mais sur des bases renforcées, cette deuxième année devrait davantage être orientée vers les compétences transversales du manager, en particulier autour des questions de stratégie et de pilotage en milieu complexe et incertain, mais aussi de dialogue social et de leadership. Elle devrait également renforcer les compétences des cadres en pédagogie.
- [111] En effet, on considère que la majeure partie des futures promotions seront affectées à l'animation/coordination des pôles. De sorte que les autres fonctions accessibles aux cadres supérieurs (en matière de recherche clinique, d'expertises particulières<sup>37</sup> ou d'enseignement) pourront faire l'objet d'apports ultérieurs au master, sous forme de diplômes d'établissement ou de FAE selon les cas.
- [112] Les 60 ECTS des troisième et quatrième semestres de ce master se feraient entièrement en établissement d'enseignement supérieur (en lien fort avec les futurs IFCS, via un apport pédagogique pour la construction du master et l'intervention d'enseignants du monde hospitalier par exemple). Compte tenu du nombre plus réduit de cadres qui les suivraient eu égard à la sélection assurée par les établissements d'enseignement supérieur selon les règles de droit commun en la matière, aux besoins des hôpitaux et au souhait des personnes de suivre cette formation, le nombre d'établissements susceptibles de proposer un « M2 »<sup>38</sup> sera nécessairement très inférieur à ceux proposant le « M1 ».
- [113] L'EHESP assurerait directement, à Rennes<sup>39</sup>, une partie de la scolarité, avec un passage des étudiants en début et en fin de cycle, en visant tout particulièrement (et sans préjudice d'autres « croisements » possibles sur place) des formations conjointes avec les attachés d'administration hospitalière, les ingénieurs hospitaliers et les personnels de direction. Plutôt que d'enseignements communs sur un certain nombre de thèmes toujours possibles, la mission considère que cette période devrait surtout être l'occasion de travaux communs sur des cas pratiques (dans les champs du soin, administratif, biomédical, des travaux, etc.) et des retours d'expériences, afin de mieux appréhender les réalités et les contraintes de chacun, d'apprendre à travailler ensemble et faciliter le travail de résorption des tâches parasites susmentionné. Cette mesure nécessiterait que les établissements d'enseignement supérieur proposant le master passent des conventions avec l'EHESP.
- [114] Par ailleurs, si la mission souhaite proposer une exigence de niveau, le master, répondant aux objectifs évoqués plus haut, pour accéder au grade de cadre supérieur de santé, elle estime que tout cadre de santé devrait également pouvoir le suivre sur la base du volontariat, sous réserve de l'accord de l'établissement d'enseignement supérieur.

Ceci recouvrerait deux cas de figure :

- le cadre de santé serait titulaire de la totalité du master, dont il aurait suivi la deuxième année de son propre chef : il pourrait être nommé cadre supérieur et prendre ses fonctions immédiatement. C'est ce schéma qui devrait être généralisé à moyen terme ;
- le cadre de santé serait titulaire du diplôme de cadre sanctionné par la reconnaissance de l'équivalence de 60 ECTS : il serait alors nommé faisant fonction de cadre supérieur (au sens de préformation, voir 2.1.4) et devrait alors, dans les 12 mois suivant ses débuts de faisant fonction, s'engager dans le suivi de la deuxième année de master et être diplômé dans les 24 mois suivant le début de sa formation.

<sup>37</sup> Prise en charge de la douleur, maladies nosocomiales...

<sup>38</sup> Le système LMD ne connaît pas de niveau M1 mais uniquement celui de master, constitué de 4 semestres et 120 ECTS. Néanmoins, pour des raisons de simplicité, le présent rapport pourra désigner les 60 ECTS de première année de master sous l'appellation M1 et les 60 ECTS de deuxième année de master sous l'appellation M2.

<sup>39</sup> Il s'agirait de passer quelques semaines seulement à Rennes, ce qui s'organiserait via des conventions entre les établissements d'enseignement supérieur et l'EHESP, leur collaboration étant de toute façon à construire pour la cohabilitation du master (cf. : 3.1.2).



- [115] La mission rappelle que les conditions de succès de ce schéma résident dans :
- la prise en compte des parcours individuels des candidats en termes de VAE et VAP afin que les futurs cadres supérieurs (comme les futurs cadres) ne suivent que les modules nécessaires ;
  - sa soutenabilité financière : ajouter une année de formation obligatoire pour les cadres supérieurs ne doit pas obérer l'enveloppe de formation continue et les études promotionnelles. Parmi les cadres titulaires du diplôme de cadre de santé qui ne seraient pas engagés dans la filière de faisant fonction de cadre supérieur et pour lesquels un tel projet ne serait pas envisagé avec leur établissement, il va de soi qu'un certain nombre souhaiteront poursuivre un cursus en deuxième année de master soit dans le domaine de la gestion des établissements de santé tel que proposé par la mission, soit dans un autre secteur. Dans un tel cas de figure, la mission estime que l'établissement n'aurait pas à supporter au premier chef le coût de cette formation<sup>40</sup> par différence avec les cadres de santé engagés dans le processus de « faisant fonction/préformation », qui devrait les conduire à l'emploi de cadre supérieur ;
  - sa faisabilité : la deuxième année de master doit pouvoir être suivie en alternance<sup>41</sup> sur une ou plusieurs années à raison d'une semaine par mois par exemple (ce qui permet également d'éviter les coûts de remplacement) comme c'est déjà le cas pour de très nombreux masters professionnels. Ce schéma doit être convenu et organisé entre le futur cadre supérieur et l'établissement dont il relève.

**Recommandation n°7 : Inclure dans la deuxième année de master un temps de scolarité à l'EHESP pour des modules communs entre les futurs cadres supérieurs et les étudiants effectuant leur formation à Rennes.**

**Recommandation n°8 : Prévoir dès sa conception que la deuxième année de master puisse être suivie en alternance.**

#### **2.1.4. Le repérage des futurs cadres et leur accompagnement**

- [116] L'amélioration du système de détection des talents et de la sélection par la rationalisation du système des faisant-fonction, constitue un élément central de la nouvelle formation dont elle doit être partie intégrante. C'est ce qui doit permettre d'orienter au mieux les candidats et d'initier avec un minimum d'incertitude des parcours complexes, qui nécessitent un effort soutenu des deux parties.
- [117] D'ores et déjà, certains établissements comme le CHU de Rennes commencent par structurer l'information relative aux métiers de l'encadrement très tôt, afin que les manifestations d'intérêt puissent s'effectuer sur des bases solides.
- [118] Ensuite, il s'agit, toujours en amont, d'optimiser les mises en situation afin que le candidat affermis son projet et que sa hiérarchie l'accompagne en ce sens, de sorte que la sélection résulte d'abord d'un processus conscient. Ceci doit peut prendre deux formes : une observation auprès d'un cadre en place de sa fonction, une réelle phase de mise en situation.

<sup>40</sup> Dans l'esprit 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 agents concernés et leur direction pourront envisager de jouer sur plusieurs paramètres : jours de congés ou de jours de RTT (réduction du temps de travail), voire une indemnisation au titre du droit individuel à la formation (DIF), ce qui se pratique déjà dans certains établissements.

<sup>41</sup> La mission n'entend pas ici l'alternance au sens de l'apprentissage (nécessitant un contrat d'apprentissage) mais bien la possibilité de suivre une formation universitaire tout en continuant une activité professionnelle antérieure, soit alterner entre l'exercice professionnel normal et les études à raison de quelques jours par mois.

- [119] La mission propose donc le schéma suivant :
- phase de sensibilisation à la fonction de cadre (6 mois), suivie d'une observation attentive auprès d'un cadre en exercice (6 mois). A l'issue de cette séquence, l'agent d'une part, et l'établissement de l'autre (via le DRH, le coordonnateur des soins et l'encadrement de l'agent qui auront effectué le premier repérage), se prononceraient sur la suite à donner à ce projet professionnel ;
  - si elle est favorable, l'agent entrerait alors dans la période de « préformation » au départ de laquelle il suivrait et devrait valider un ou plusieurs modules de management, lui fournissant une sorte de boîte à outils minimum, puis serait mis en situation de cadre (1 an). Cette période pourrait également lui permettre de se préparer au concours de l'IFCS ;
  - l'agent passerait ensuite le concours de l'IFCS et suivrait la formation de cadre de santé, étant entendu que les modules validés en préformation, voire les compétences acquises sur le terrain, donneraient lieu à une dispense équivalente lors de l'année de formation proprement dite.
- [120] Dans ce processus, il va de soi qu'un contrat clair serait passé avec l'agent : cette séquence devrait être bornée dans le temps, s'inscrire dans le projet professionnel de l'agent et les objectifs de la préformation définie. Ainsi, on pourrait par exemple considérer que si l'agent échouait par deux fois au concours, il sorte de ce système. On conseille de lui proposer alors - en lien avec ses souhaits et dans toute la mesure du possible - un poste lui permettant un exercice relativement autonome (référént, hôpital de jour (HDJ), consultations, hospitalisation à domicile (HAD), etc.). Ce schéma est d'ores et déjà mis en place, selon des modalités diverses, dans nombre d'établissements et, s'il est partagé notamment avec les partenaires sociaux comme au centre hospitalier de Roubaix, il se révèle particulièrement fructueux.
- [121] La mission préconise que cette procédure ne soit pas imposée aux établissements, au moins dans un premier temps, mais qu'il leur soit vivement conseillé de la mettre en place.
- [122] L'organisation rationnelle du système de « préformation » qui remplacerait celui de faisant fonction, suppose que les agents concernés, dès lors qu'ils sont en situation, voient leur rémunération nette totale antérieure maintenue, afin d'éviter toute pénalisation financière. Cette formule, qui peut certes prêter le flan à la critique voire susciter des demandes reconventionnelles de la part d'autres catégories de personnels en formation, apparaît cependant préférable à l'attribution d'une prime ad hoc<sup>42</sup>.
- [123] Le futur cadre devrait pouvoir bénéficier de l'accompagnement renforcé d'un cadre senior et/ou d'un cadre formateur dès la préformation, qui pourrait se poursuivre pendant la formation, permettant de mieux asseoir la solidité de ce parcours. Idéalement, le nouveau cadre devrait continuer à bénéficier d'un tutorat interne de type « coaching », afin d'accompagner ses premiers mois dans la fonction qui serait désormais la sienne.
- [124] Un système identique (même si raccourci) devrait être mis en place pour le cursus de cadre supérieur de santé.

**Recommandation n°9 : Inciter les établissements à mettre en place un système de repérage des futurs cadres et cadres supérieurs intégrant une phase de sensibilisation à la fonction, et une période de préformation permettant de valider des ECTS.**

**Recommandation n°10 : Accompagner par un système de tutorat le futur cadre et cadre supérieur tout au long de l'élaboration de son projet cadre et lors de sa première année de prise de fonctions.**

---

<sup>42</sup> En revanche, s'agissant des cadres supérieurs et dans des pôles importants dotés de plusieurs professionnels de ce niveau, il serait logique de reconnaître les charges de l'agent en responsabilité, ceci devant logiquement passer par le recours à la part F de la prime de fonctions et de résultats (PFR).

### 2.1.5. La question des cadres formateurs

- [125] La mission a constaté que les cadres formateurs s'étaient beaucoup investis dans le suivi de formations universitaires, singulièrement ces dernières années avec « l'universitarisation » des IFSI. Si cette « course au master » relève en partie des craintes des formateurs d'un hypothétique manque de légitimité par rapport aux enseignants universitaires, elle vient surtout de la volonté des cadres de rester des acteurs majeurs de la formation pour garantir l'apprentissage du cœur de métier, ce que la mission ne remet pas en cause.
- [126] La mission relève que, malgré ces légitimes interrogations sur leur positionnement et sur le devenir des instituts (IFSI et IFCS notamment) dans le futur dispositif, dans un contexte marqué par l'application très rapide du nouveau DEI (outre la très exigeante mobilisation des instituts dans le cadre de la campagne de vaccination contre la grippe A à l'automne 2009), les cadres formateurs ont réagi avec beaucoup de rapidité et de professionnalisme afin que cette réforme soit un succès. Ils ont su s'adapter à l'approche par compétences et aux contraintes du nouveau diplôme, nécessitant une connaissance accrue des terrains de stage et un suivi pédagogique plus soutenu pour valider l'acquisition des compétences en situation, une augmentation du nombre d'évaluations, et l'accroissement du face à face pédagogique avec les étudiants (via l'analyse des pratiques, l'accompagnement et le suivi pédagogiques individualisés, les travaux en petits groupes plus nombreux etc.).
- [127] Pour autant, à l'instar de leurs collègues cadres de terrain, ils font preuve de réalisme et souhaitent que leur propre formation évolue.
- [128] La réforme de 1995 avait mis fin à la dualité entre une voie de formation de cadres formateurs et une autre de cadres gestionnaires, faisant en sorte que les deux « filières » fassent l'objet d'un cursus identique, avec possibilité, dès le diplôme obtenu, de devenir formateur en institut de formation quel qu'il soit. Or, à cette première caractéristique, déjà inédite, se superposent des situations, non évaluées en nombre mais que la mission a retrouvées dans plusieurs cas, d'affectation de longue, voire de très longue durée sur ces fonctions pédagogiques. Dès lors que ce système concerne quelque 20% d'un corps de 25 000 agents, il ne semble ni souhaitable, pour les intéressés, pour les élèves et pour le système hospitalier, ni possible, dans un contexte de raréfaction des ressources, de le laisser perdurer. La quasi totalité des acteurs rencontrés par la mission a exprimé leur accord avec ce constat, y compris les cadres formateurs.
- [129] La situation des cadres formateurs est ainsi à revoir, dans un contexte marqué par la « mastérisation » des enseignants, mais aussi en termes d'organisation et de gestion des temps. La mission propose qu'à l'avenir, soit instaurée une alternance régulière entre travail pédagogique et retour en établissement et/ou le cas échéant, de recourir au temps partiel (à raison d'un mi-temps dans chaque secteur par exemple), leur permettant également de faire valoir une crédibilité parfois remise en cause par leurs collègues du terrain.
- [130] Un certain nombre de cadres formateurs rencontrés par la mission ont fait valoir qu'une formation spécifique plus longue (de type master en pédagogie) restait nécessaire. La mission rappelle que l'université n'exige pas que les formateurs (quel que soit l'institut où ils exercent) aient un niveau master, et ne partage pas cet avis, même si elle est favorable à ce qu'individuellement, les cadres formateurs qui l'estiment nécessaire suivent des formations complémentaires. La mission estime en revanche qu'un module de pédagogie doit être intégré dans le volet management de la formation, car cet aspect revêt une importance réelle et très quotidienne pour l'ensemble des futurs cadres, auxquels ces derniers n'ont eu que peu ou pas accès dans leurs cursus initiaux : capacité à décrypter et expliquer une situation au sein d'une équipe, aptitude à convaincre, compétences en matière d'écoute individuelle et collective etc.

- [131] La mission préconise également que des formations d'adaptation à l'emploi courtes soit systématiquement mises en place, lorsqu'un « cadre de terrain » prend des fonctions de formation (afin de mettre à jour ses connaissances sur le diplôme et les outils pédagogiques) et vice-versa, dans le cas d'un formateur reprenant des fonctions opérationnelles (s'agissant par exemple des réformes récentes et des outils managériaux le cas échéant).
- [132] Pour les personnels en place, un nouveau rôle est à définir dans l'encadrement pédagogique des IFCS rénové, dans des fonctions d'expertise, avec progressivement la fin du système actuel d'affectation à des tâches de formateurs dès après la formation de cadre et surtout la mise en place d'une convention entre les intéressés et leur établissement, fixant les modalités d'affectation en institut, en particulier sa durée, qui ne devrait pas dépasser 3 ans renouvelable une fois (plafond applicable en cas de mutation)<sup>43</sup>. L'exigence d'exercer en tant que cadre de terrain avant d'enseigner pourrait être mise en place rapidement, sous réserve des modifications réglementaires nécessaires. De la même façon, les établissements pourraient rapidement proposer des FAE aux personnels en place pour passer d'une fonction de terrain à une fonction d'enseignement et inversement. En revanche, l'exigence d'alternance doit s'organiser et s'accompagner de formations ad hoc. La mission ayant prévu pour l'ensemble de la réforme une période de transition de trois à quatre ans (cf. : 3.1.3), il serait souhaitable de l'appliquer à cette disposition, étant entendu qu'à l'examen, un délai complémentaire pourrait se révéler nécessaire.
- [133] Le but est ici de maintenir le lien des formateurs avec la pratique, indispensable dans l'intérêt des élèves, dans tous les instituts de formation<sup>44</sup>, et dans celui des intéressés, en termes de déroulement de carrière.
- [134] Parallèlement, ces formateurs devront être plus systématiquement impliqués dans l'encadrement des stages, qui représente une tâche croissante pour les cadres en établissements (mais aussi pour les soignants, comme le prévoit le récent référentiel infirmier), difficilement disponibles pour assurer un véritable tutorat, surtout dans la mesure où la formule de faisant fonction serait, comme il est proposé par ailleurs, généralisée, avec une forte exigence d'accompagnement. Un intérêt complémentaire serait de garantir ainsi le maintien d'un lien constant avec la vie des services.
- [135] Sur un autre registre, la mission considère que la question d'un débouché universitaire en « sciences infirmières », encore très peu développé en France, ne représente ni une condition à ces réformes, puisque le sujet en est indépendant, ni, dès lors, un obstacle. En effet, disposer de personnels très qualifiés et détenant des titres universitaires élevés, voire d'enseignants chercheurs, permettra d'enrichir le potentiel pédagogique des IFSI, voire des IFCS.
- [136] Enfin, la mission préconise un travail ad hoc avec l'enseignement supérieur afin de définir, pour les cadres formateurs formulant un projet professionnel en ce sens, les passerelles possibles vers le métier d'enseignant.

**Recommandation n°11 : Instaurer une alternance régulière entre la fonction de cadre formateur et la fonction de cadre de terrain, sur la base d'une convention entre l'établissement gestionnaire, le centre de formation et l'intéressé.**

**Recommandation n°12 : Mettre en place une FAE pour passer d'une fonction à l'autre.**

**Recommandation n°13 : Exiger quelques années de pratiques (3 à 5 ans) en tant que cadre de terrain pour devenir cadre formateur.**

<sup>43</sup> Toute exception à cette règle devrait à l'avenir correspondre à des situations particulières dûment motivées.

<sup>44</sup> IFSI, instituts de formation en masso-kinésithérapie, instituts de formation de manipulateur d'électroradiologie médicale, écoles d'IBODE, écoles d'IADE, écoles d'infirmières de puériculture, instituts de formation en ergothérapie...

## 2.2. *Promouvoir la transversalité*

### 2.2.1. **Principes directeurs**

- [137] La réussite des réformes, au premier rang desquelles la mise en œuvre des pôles, rend plus que jamais indispensable un vigoureux effort de décloisonnement, intégrant pleinement l'ensemble des responsables, agents de direction et médecins inclus (intérêt d'expériences comme l'école de management des médecins des hôpitaux de l'AP-HP qui forme à la fois des praticiens et des cadres supérieurs au management hospitalier).
- [138] Ceci suppose aussi qu'en première analyse, les cadres hospitaliers voient davantage leurs formations, initiale comme continue, donner lieu à de véritables croisements.
- [139] Les corps de catégorie B, techniciens supérieurs et adjoints des cadres, ne relèvent aujourd'hui que d'une FAE de trois mois, au demeurant très inégalement suivie dans les faits et qui, a priori, ne concerne pas les contractuels (même si, les établissements au cas par cas, leur proposent ces formations). La mission considère comme impératif que cette situation soit résolue, en recourant, pour des raisons de cohérence pédagogique et de simplicité pratique, aux IFCS, ici encore avec le souci de modules communs avec les futurs cadres de santé, entre autres. Par ailleurs, une évolution réglementaire est nécessaire, afin d'inclure dans ces FAE les personnels non-titulaires : dès lors que cette facilité de recrutement doit à la fois demeurer encadrée mais possible, il apparaît de bon sens et de saine gestion (imposer la FAE à des stagiaires qui ont parfois été longtemps contractuels est une dépense inutile, de même que mettre en difficulté des cadres en ne leur fournissant pas la « boîte à outils minimum » à un coût) que l'approche des besoins en formation repose sur les responsabilités détenues et non sur un rattachement statutaire. Cette analyse vaut également pour les IH. Compte tenu des modifications de la formation des AAH (cf. : supra), une FAE pourrait être mise en place par l'EHESP pour les attachés contractuels.
- [140] Les possibilités de mutualisation des formations des cadres notamment, dans un souci de transversalité et de renforcement d'une culture commune, peuvent utilement favoriser des passerelles ultérieures, à travers des sessions de formation continue ad hoc, avec le corps médical et les directions d'établissement. Elles fonderont d'ailleurs l'une des raisons d'être de la nouvelle organisation des IFCS et de leur valeur ajoutée dans un dispositif en pleine mutation, ceci dans l'esprit des conclusions de la mission de Chantal de Singly (cf. : 3.2).

**Recommandation n°14 : Rendre effectives les FAE des cadres B et les étendre aux agents non titulaires, y compris pour les IH.**

**Recommandation n°15 : Développer la formation continue croisée entre cadres hospitaliers, médecins et directeurs, dans toute la mesure du possible en s'appuyant sur les IFCS.**

### 2.2.2. Les AAH

- [141] Le rapport de Chantal de Singly<sup>45</sup> a posé le diagnostic de cette formation, ouverte après la réussite à des concours nationaux aux candidats externes de niveau bac + 3 (pour un minimum de 50% des places ouvertes aux concours) d'une part, et aux candidats internes répondant à certains critères d'autre part. Le corps est également accessible par inscription sur une liste d'aptitude dans la limite d'un tiers des titularisations ou par détachement (les agents suivent alors une FAE organisée par l'EHESP la première année de détachement). Le découpage de la formation en deux sessions (formation initiale puis FAE) de six mois (trois mois de stage, trois mois d'enseignements théoriques), suite à la nomination d'attaché stagiaire puis, dans un délai de trois ans, après la titularisation, n'a pas donné satisfaction, la FAE étant particulièrement peu suivie et les profils ne correspondant que partiellement aux besoins des établissements. On observe également une tendance vers un recrutement très majoritairement centré sur la liste d'aptitude<sup>46</sup>.
- [142] De fait, la promotion 2010 compte plus de 31% d'AAH de plus de 51 ans<sup>47</sup>, 31% étant âgés de 41 à 50 ans. 84% des externes de cette promotion ont des diplômes de titre I (au-delà de la licence) cependant que les internes en possèdent pour 9% d'entre eux ; les personnes inscrites sur la liste d'aptitude possèdent ces diplômes pour 9% d'entre eux, les diplômes les plus répandus parmi eux étant ceux de niveau IV (bac).<sup>48</sup>
- [143] Le ministère de la santé et des sports, et à sa suite l'EHESP, ont d'ores et déjà tenu compte de ces préconisations. Un projet de décret modifiant le décret n°2001-1207 du 19 décembre 2001 portant statut particulier du corps des AAH, présenté au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière avant l'été 2010, propose des modifications relatives au recrutement, à la formation et aux modalités d'affectation des AAH.
- [144] Ainsi, un troisième concours est créé et les modalités d'intégration modifiées, au vu de la loi n° 2009-972 du 3 août 2009 sur la mobilité et les parcours professionnels dans la fonction publique. La formation est étendue à douze mois pendant lesquels les étudiants auront le statut d'élèves attachés pour la formation initiale à l'issue des concours, à l'instar de ce qui prévaut pour les personnels de direction. Ceci ne devrait pas générer de surcoût pour l'EHESP - et par conséquent ne pas impacter la cotisation des établissements -, eu égard à ses capacités globales d'accueil. Enfin, conformément à la possibilité ouverte par la loi HPST, la première affectation des attachés d'administration hospitalière s'effectue sur la base d'une liste d'aptitude.
- [145] Pour répondre aux besoins des établissements, il apparaît que la formation des AAH doit être plus spécialisée qu'aujourd'hui, s'agissant de profils dans l'ensemble généralistes et donc tout autant justiciables de formations techniques les préparant bien à leurs futurs métiers, qu'aptés à en tirer le meilleur profit.

---

<sup>45</sup> Partie II.2.5 du rapport.

<sup>46</sup> Si les trois premières promotions comptaient plus d'internes que d'externes, cette proportion s'est inversée à partir de 2007. Surtout, en 2009 et 2010, ce sont les candidats issus de la liste d'aptitude qui sont les plus nombreux : 19 externes, 22 internes, 84 sur liste d'aptitude en 2010, données EHESP.

<sup>47</sup> La mission rappelle que si la moyenne d'âge des AAH est relativement élevée, faute de données prospectives précises, eu égard aux restructurations actuellement menées, elle estime que la tendance est à la stabilité, l'augmentation du potentiel de formation pouvant ponctuellement répondre aux besoins liés à des départs massifs à la retraite mais qu'il ne s'agit a priori pas d'une tendance lourde.

<sup>48</sup> Données EHESP.

- [146] La mission préconise que cette formation continue à alterner les apprentissages théoriques et l'acquisition de compétences sur le terrain avec trois stages : un stage extérieur au monde hospitalier en lien si possible avec la future affectation (trois semaines) ; un stage hospitalier en service de soins ou médico-technique (un mois en début de formation afin de confronter les pratiques managériales des AAH et des cadres de santé), d'autant plus important que les intéressés ont rarement une expérience préalable de ces aspects centraux de la vie des services ; un stage de mise en situation qui ne doit pas être une anticipation de la prise de poste (deux mois permettant aux élèves de rédiger un rapport relatif à une problématique rencontrée et à proposer des pistes de résolution).
- [147] Les enseignements théoriques pourraient se répartir autour de 2 axes :
- l'hôpital et son environnement, sur la base des unités d'enseignements (UE)<sup>49</sup> existantes, et dans l'esprit des recommandations relatives à la formation des cadres de santé ;
  - l'accompagnement dans la prise de poste : l'UE 7 de la formation existante devant être beaucoup plus développée.
- [148] La mission insiste particulièrement sur la qualité, la diversité et la professionnalisation des enseignements et des enseignants, notamment pour cette deuxième partie : pour répondre aux demandes des établissements, il est indispensable que les élèves attachés soient immédiatement opérationnels à leur prise de poste. Ceci nécessite bien évidemment que les établissements anticipent leurs besoins et établissent des fiches de poste précises : la liste des emplois à pourvoir par les lauréats des concours classés sur la liste d'aptitude devrait être connue au plus tard six mois après la proclamation des résultats des concours. Cela signifie également que les choix des élèves et des établissements puissent se faire dans le mois qui suit et être validés en fin de formation au moment de la nomination, sur le modèle de ce qui existe pour les élèves directeurs d'hôpital. Ce mécanisme laisserait un peu plus de trois mois pour réaliser le stage en situation et la formation théorique de spécialité, période qui pourrait être découpée en un mois d'enseignement théorique, deux mois de stage, deux semaines de retour d'expérience et d'enseignements complémentaires en fonction des besoins identifiés lors du stage. La mission propose également que l'EHESP établisse des partenariats avec des établissements d'enseignement supérieur pouvant utilement compléter ses enseignements, notamment concernant la préparation à la prise de poste (on pense notamment aux écoles de commerce pour des profils de contrôleurs de gestion).
- [149] Cette formation devrait être construite de manière à permettre aux attachés de faire valoir des équivalences en crédits d'ECTS auprès des établissements d'enseignement supérieur dans le cadre de la reconnaissance universitaire de droit commun, comme le pratique déjà l'EHESP. Elle devrait favoriser des croisements avec les formations actuellement réalisées à l'école (directeurs et directeurs des soins), ingénieurs hospitaliers et à l'avenir avec les cadres supérieurs de santé, à travers l'analyse de cas pratiques notamment. Elle devrait intégrer la VAE et la VAP, afin d'éviter aux professionnels expérimentés des enseignements inutiles.
- [150] La mission préconise également que des FAE courtes soient proposées aux attachés lorsqu'ils changent de poste et investissent des secteurs très différents.

**Recommandation n°16 : Spécialiser la deuxième partie de la formation des AAH en fonction du poste de sortie d'école, en rendant possible le choix de recrutement en milieu de formation.**

---

<sup>49</sup> La formation initiale actuelle est développée autour de 7 UE : introduction à la santé publique et approche métier ; activités et organisation médicale – système d'information ; gestion des ressources humaines ; outils de management ; fonctions logistiques et économiques ; finances et contrôle de gestion ; aide à la prise de poste (séquence finale), source : site de l'EHESP, <http://www.ehesp.fr>.

**Recommandation n°17 : Construire la formation de façon à permettre aux attachés de faire valoir des équivalences en crédits d'ECTS auprès des établissements d'enseignement supérieur dans le cadre de la reconnaissance universitaire de droit commun.**

**2.2.3. Les IH**

- [151] La situation des ingénieurs est assez particulière au sein des trois fonctions publiques. Il s'agit d'un corps relativement récent dans les hôpitaux et près de 40% des ingénieurs hospitaliers ne sont pas des titulaires. De fait, il n'existe que très peu de formations spécialisées en ingénierie hospitalière (voir infra) et cette fonction est mal connue des étudiants et du grand public. Leur champ d'action est large puisqu'il recouvre « l'ingénierie, (...) l'architecture, (...) l'appareillage biomédical, (...) l'informatique ou (...) tout autre domaine à caractère technique et scientifique entrant dans les missions des établissements [de santé] »<sup>50</sup>.
- [152] Le mode de recrutement est également peu commun, puisqu'il est possible d'être recruté par concours sur titre, ces titres et diplômes étant énumérés par un arrêté du ministre en charge de la santé. Les IH peuvent également être recrutés par concours régional ou interrégional sur épreuves, par inscription sur liste d'aptitude après examen professionnel (pour les TSH pour un tiers du nombre de titularisations), ou par détachement. Pendant la durée de leur stage, les ingénieurs hospitaliers reçoivent une formation d'adaptation à l'emploi de six semaines non consécutives, réparties sur une durée de six mois dispensée exclusivement par l'EHESP.
- [153] Le profil des ingénieurs ayant suivi la FAE en 2010 est très intéressant. Il s'agit majoritairement d'hommes (60%), jeunes (37% a moins de 35 ans), qui ont tous une expérience hospitalière (inférieure cependant à 10 ans pour 60% d'entre eux). Seuls 43% sont entrés à l'hôpital en tant qu'ingénieurs, 14% en tant que TSH et 10% en tant qu'ouvrier. 81% ont un niveau bac + 5 et plus. Ils se destinent à plus de dix secteurs différents, illustrant la diversité du champ d'intervention des ingénieurs.
- [154] Ces chiffres montrent également que l'ascenseur social fonctionne bien et que les agents ont pu se former à l'université pour obtenir des masters ou davantage. Certains représentants des ingénieurs déplorent précisément que des établissements se servent du corps des ingénieurs pour promouvoir des TSH ayant atteint le sommet de leurs grilles et/ou y nomment des « administratifs », notamment sur le secteur « organisation et méthode », pour leur éviter de passer le concours d'AAH (et donc de partir en formation longue), dévoyant en quelque sorte la fonction d'ingénieur. La mission ne dispose pas d'éléments permettant de se prononcer sur ce point. Elle souligne qu'il s'agit là d'une problématique relative au statut de la fonction publique hospitalière et que, si une réflexion est sans doute à conduire sur ces évolutions assez méconnues, la relative souplesse du statut d'IH ne doit pas être remise en cause, sauf à instaurer des rigidités préjudiciables à toutes les parties.
- [155] En revanche, la mission reconnaît que l'arrêté du 23 octobre 1992 fixant la liste des titres ou diplômes permettant l'accès aux concours sur titres d'ingénieur hospitalier devrait être toiletté. Schématiquement, cet arrêté crée deux voies d'accès : être titulaire d'un diplôme d'ingénieur ou d'architecte, ou être titulaire d'un bac+5 dans certains domaines<sup>51</sup>. Sous réserve d'une expertise plus fine des services concernés, il semblerait qu'il soit possible de simplifier la liste des écoles d'ingénieurs, en notant qu'il s'agit des diplômes reconnus par la commission des titres des ingénieurs.

<sup>50</sup> Article 2 du décret n°91-868 du 5 septembre 1991 portant statuts particuliers des personnels techniques de la fonction publique hospitalière.

<sup>51</sup> Energie, équipements médicaux, services publics, informatique, environnement, télécommunications, physique et biophysique, traitement des signaux, génie biologique et biomédical, chimie biologique, électronique, génie civil, génie sanitaire, génie électrique, sécurité, agroalimentaire, organisation et méthodes.



- [156] Certains interlocuteurs de la mission souhaiteraient qu'une distinction soit faite entre les titulaires d'un diplôme d'ingénieur (qui seraient recrutés à un niveau supérieur et chargés de missions spécifiques), et ceux qui sont titulaires d'un master. La mission n'est pas en mesure de se prononcer sur ce point. Elle constate que les masters recouvrant les champs mentionnés par l'arrêté sont très nombreux et qu'il n'en existe aucun classement.
- [157] Elle propose au ministère de la santé et des sports, en lien avec le ministère chargé de l'enseignement supérieur, de mieux faire connaître le métier d'ingénieur hospitalier, a priori attractif, auprès des étudiants des écoles d'ingénieurs. Elle estime en outre qu'il faut modifier la FAE actuelle et ouvrir l'éventail des offres en « ingénierie hospitalière ».
- [158] La FAE actuelle se déroule comme suit :

Liste des modules	Intitulé des modules
<b>Module 1</b>	Approche de l'hôpital et de son environnement
<b>Module 2</b>	L'ingénieur dans les enjeux de la négociation interne de l'hôpital
<b>Module 3</b>	Le management de l'achat public-piloter l'achat public et ses ressources
<b>Module 4</b>	Management des risques techniques et de la conduite de projets hospitaliers
<b>Module 5</b>	Management des ressources humaines
<b>Module 6</b>	Gestion financière et budgétaire des établissements sanitaires

- [159] A l'instar de ce qu'elle propose pour la formation des autres cadres, la mission préconise que les étudiants puissent être dispensés de certains enseignements au regard de leur parcours antérieurs au titre de la VAE et la VAP, après examen des dossiers et entretien entre l'étudiant et des responsables pédagogiques de la FAE.
- [160] Elle considère qu'à travers les modules 2, 4 et 5, les étudiants auront acquis les outils et les compétences permettant le pilotage, le management et la conduite de projet en milieu hospitalier. En revanche, elle estime qu'un module de spécialisation, tel qu'il a pu exister dans le passé, serait nécessaire (blanchisserie hospitalière, restauration hospitalière, génie électrique en milieu hospitalier, etc.) compte tenu des spécificités et de la complexité de ces secteurs à l'hôpital. En complément, la mission soutient le projet de l'EHESP de construire, en lien avec des écoles d'ingénieurs, des formations en ingénierie hospitalière, à l'instar du diplôme universitaire d'ingénieur biomédical et hospitalier, délivré conjointement par l'université de technologie de Compiègne et l'EHESP.
- [161] Les modules de la FAE devraient faire l'objet d'une évaluation et d'une validation distinctes, nécessitant de repasser une évaluation le cas échéant. La construction de ces modules devrait permettre aux étudiants de faire valoir des équivalences en crédits d'ECTS auprès des établissements d'enseignement supérieur pour une poursuite de cursus le cas échéant. Comme indiqué précédemment, cette FAE devrait permettre des croisements féconds, via des études de cas notamment, avec les personnels de directions, les AAH et les cadres supérieurs de santé.

**Recommandation n°18 : Ajouter un module de spécialisation à la FAE actuelle des IH.**

**Recommandation n°19 : Rendre obligatoires l'évaluation et la validation de chacun des modules de la FAE.**

**Recommandation n°20 : Faire connaître le métier d'ingénieur hospitalier aux élèves ingénieurs.**

**Recommandation n°21 : Favoriser l'émergence de formations spécialisées en ingénierie hospitalière.**

#### 2.2.4. Les ACH

[162] Les adjoints des cadres hospitaliers sont recrutés par concours externe sur épreuves pour les titulaires du bac (ou d'un titre équivalent figurant à l'arrêté du 13 mars 1991 fixant la liste des titres et diplômes prévus à l'article 7 du décret n° 90-839), par concours interne (si l'on justifie de 3 ans de service public), par inscription sur une liste d'aptitude (pour un tiers des titularisations) ou par détachement. Les fonctions occupées par les adjoints des cadres sont très diversifiées - encadrement et/ou expertise - notamment au regard du type d'établissement dans lesquels ils exercent.

[163] Pendant leur stage de titularisation, ils suivent une FAE de 3 mois qui se décompose comme suit :

Module	Intitulé du module	durée
<b>Module 1</b>	Connaissance de l'hôpital et de son environnement	3 semaines
<b>Module 2</b>	Développement des capacités personnelles de communication et de management	2 semaines
<b>Module 3</b>	Organisation d'une unité de travail	2 semaines
<b>Module 4</b>	Techniques de gestion	5 semaines dont 3 de stage dans 1 unité correspondant à l'affectation

[164] La mission n'a pas pu retracer de façon satisfaisante les coûts de cette FAE qui semblent assez hétérogènes (ainsi que pour la FAE des TSH), de même que le contenu de la formation. Elle préconise que cette formation soit reconfigurée, en conservant la durée de trois mois et le schéma général actuel. Afin d'homogénéiser les enseignements, elle propose que le contenu des modules soit davantage détaillé dans un arrêté modifiant celui du 1<sup>er</sup> octobre 1991 relatif à la FAE des ACH.

[165] Ainsi, la mission considère qu'il faudrait conserver le module de présentation de l'hôpital et de son environnement (trois semaines). Il devrait fournir aux adjoints des cadres des notions de droit de la santé, d'organisation des institutions de la santé et de leur financement. Il devrait également leur permettre de bien appréhender le fonctionnement interne de l'hôpital et de ses différents acteurs. Des enseignements communs avec les cadres de santé et les TSH pourraient utilement être réalisés sur les aspects économiques et sociologiques, sur l'organisation de l'hôpital et son financement, notamment.

[166] Le module 2 pourrait être développé (quatre semaines) : GRH, management, communication, conduite du changement, maîtrise de la bureautique devraient faire l'objet d'une attention particulière. Des enseignements communs et des cas pratiques avec les cadres de santé et les TSH pourraient également être organisés dans ces domaines.

[167] Les modules 3 et 4 pourraient se fondre en un module de spécialisation de cinq semaines dont deux d'enseignements théoriques et analyse des cas pratiques (centré selon l'affectation, sur le management, les RH, la logistique, etc.), deux semaines de stage (une semaine dans les services de soins et médico-techniques, une semaine en situation), et une semaine permettant un retour d'expérience et des compléments théoriques en fonction des besoins identifiés. La mission préconise que des formations d'adaptation courtes soient proposées lors des changements de poste dans des secteurs très différents.

[168] A l'instar de ce qu'elle propose pour la formation des autres cadres, la mission préconise que les ACH puissent être dispensés de certains enseignements au regard de leur parcours antérieurs, au titre de la VAP et de la VAE. Les modules de la FAE devraient être conçus de telle façon qu'ils permettent aux personnes qui les auront validés (validation individuelle de chaque module), de se faire reconnaître des équivalences en crédits d'ECTS auprès des établissements d'enseignement supérieur en cas de poursuite de parcours.

- [169] On l'a vu, la mission souhaite que les IFCS, ou plus vraisemblablement certains d'entre eux, proposent de dispenser les FAE des ACH, possibilité qui leur est offerte aujourd'hui<sup>52</sup> mais qu'ils n'utilisent que très peu (AP-HP, HCL notamment).

**Recommandation n°22 :** Compléter l'arrêté relatif à la FAE des ACH en précisant l'organisation de la formation autour de trois axes : présentation de l'hôpital et de son environnement, le métier de cadre, spécialisation.

**Recommandation n°23 :** Organiser les FAE des ACH dans les IFCS et dispenser des enseignements communs aux cadres de santé, ACH et TSH, ainsi que des études de cas.

### 2.2.5. Les TSH

- [170] Les techniciens supérieurs hospitaliers sont recrutés par concours externe sur titre pour les titulaires d'un diplôme ou titre reconnu bac +2 (pour 40% des postes à pourvoir), par concours interne (si l'on justifie de trois ans de service public, pour 40% des postes à pourvoir), par concours réservé (pour des personnes justifiant quatre années d'expérience dans des domaines limitativement énumérés, pour 20% des postes à pourvoir), par examen professionnel (dans la limite du tiers des titularisation) et détachement. Comme les ACH, les TSH occupent des fonctions très diversifiées – qui font intervenir des compétences techniques et managériales. Ils encadrent souvent des équipes peu en lien avec le métier premier de l'hôpital (le soin), parfois isolées de son cadre général et requérant donc de la part de l'encadrement des capacités de pilotage, d'animation et de régulation sociale, tant individuelle que collective, particulièrement développées.

- [171] Pendant leur stage de titularisation, ils suivent une FAE de trois mois qui se décompose en quatre modules : les trois premiers constituent un tronc commun et le quatrième est choisi en fonction de l'affectation.

Modules	Intitulé du module	Durée
<b>Module 1</b>	Connaissance de l'hôpital et de son fonctionnement	2 semaines
<b>Module 2</b>	Gestion des ressources humaines	3 semaines
<b>Module 3</b>	Connaissances techniques générales	3 semaines
<b>Module 4</b>	Spécialisation	4 semaines (1semaine de théorie + stage + 2 jours bilan)

- [172] A la différence du texte concernant la FAE des ACH, l'arrêté sur la FAE des TSH (qui date de 1992) comporte une annexe détaillant le contenu des enseignements. Mais à la lecture notamment de ce que recouvrent les modules 1 et 2 et à la lumière des critiques formulées par les interlocuteurs de la mission, il apparaît que la formation doit être modifiée. A la différence de ce que voudraient certains représentants des TSH, la mission propose qu'elle le soit en conservant le schéma général actuel (trois mois) afin de ne pas rendre plus difficile encore le suivi de cette formation.

<sup>52</sup> Article 24 de l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé : « les instituts de formation des cadres de santé sont habilités à dispenser aux personnels d'encadrement administratifs et techniques, en même temps qu'aux étudiants suivant la formation visée par le présent arrêté, tout ou partie des formations d'adaptation à l'emploi prévues par les dispositions statutaires les concernant. Ils sont également habilités à dispenser aux cadres paramédicaux des formations d'adaptation à l'emploi. »

- [173] Ainsi, le module de présentation de l'hôpital devrait être étoffé et intégrer l'environnement hospitalier (trois semaines). Les TSH doivent pouvoir resituer l'hôpital dans le contexte sanitaire et social. Surtout, et cela correspond aux critiques des interlocuteurs de la mission, il faudrait renforcer leur connaissance du fonctionnement interne de l'hôpital : organisation, financement, achats et marchés publics. Des enseignements communs avec les cadres de santé et/ou les ACH pourraient être réalisés sur l'organisation de l'hôpital et son financement, ainsi que sur les aspects médico-techniques notamment.
- [174] Le module 2 devrait également être développé (quatre semaines), notamment en ce qui concerne la conduite d'équipe, le dialogue social, le management, la réglementation et l'organisation du temps de travail, la maîtrise des outils de pilotage. Des enseignements communs et des cas pratiques avec les cadres de santé et les ACH pourraient être organisés.
- [175] Le module 3 ne paraît pas pertinent car il ne rentre pas dans le détail de l'organisation de chaque service faute de temps, et n'intéresse pas nécessairement des personnes qui bénéficient déjà d'une formation technique et vont travailler dans un secteur qui ne recouvre pas l'ensemble de ces champs. S'il est nécessaire que la FAE soit l'occasion de rappeler les spécificités techniques hospitalières en général, la mission préconise que des formations courtes soient proposées lors des changements de poste, et que le dernier module de la FAE demeure spécialisé sur le poste en fonction de l'affectation, selon le modèle existant.
- [176] A l'instar de ce qu'elle propose pour la formation des autres cadres, la mission préconise que les TSH puissent être dispensés de certains enseignements au regard de leur parcours antérieurs via la VAE et la VAP, et que ces modules soient conçus de telle façon qu'ils permettent aux personnes qui les auront validés, de se faire reconnaître des équivalences en crédits d'ECTS auprès des établissements d'enseignement supérieur en cas de poursuite de parcours. Ceci nécessite que chaque module soit évalué et validé distinctement.
- [177] Enfin, comme indiqué précédemment, la mission souhaite que les IFCS ou à tout le moins certains d'entre eux proposent de dispenser les FAE des TSH.

**Recommandation n°24 : Modifier la FAE en renforçant les aspects managériaux et en centrant les enseignements techniques sur le poste d'affectation.**

**Recommandation n°25 : Proposer des FAE courtes en cas de changement de poste dans des secteurs techniquement éloignés.**

### **3. LES CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE**

#### ***3.1. Le pilotage national et le calendrier***

- [178] Le niveau de « cadrage » national, en matière de coopération des IFCS<sup>53</sup>/établissements d'enseignement supérieur, doit concilier la légitime autonomie des acteurs, notamment universitaires et la nécessité de pallier une trop grande dispersion des choix.

##### **3.1.1. La première année : la formation des cadres de santé**

- [179] La mission propose que l'Etat reste le certificateur du diplôme de cadre de santé via la DRJSCS, et que le conseil régional continue d'autoriser les IFCS.

---

<sup>53</sup> La mission ne précisera pas systématiquement qu'il s'agit des structures de rattachements des IFCS ou des IFCS eux-mêmes s'ils sont autonomes.

- [180] Concernant la reconnaissance universitaire de la formation de cadre de santé, deux solutions sont envisageables :
- un dispositif réglementaire posant le cadre général de la reconnaissance : le diplôme de cadre de santé « vaut » 60 ECTS, sous réserve de son adéquation au cahier des charges susmentionné et du conventionnement avec un établissement d'enseignement supérieur, sur le modèle du texte existant qui confère au DEI le grade de licence<sup>54</sup> ;
  - un système purement conventionnel dans lequel un établissement d'enseignement supérieur ayant conventionné avec un IFCS reconnaît une équivalence de 60 crédits d'ECTS au diplôme de cadre de santé.
- [181] La mission préconise la seconde solution car elle correspond davantage à l'existant et garantit que le partenariat IFCS/établissement d'enseignement supérieur soit véritablement choisi et que la première année de master notamment soit co-construite. En effet, on insistera de nouveau sur l'impératif d'un maillage véritable et maîtrisé de « plates-formes » de formation communes entre IFCS et universités.
- [182] Le référentiel de formation du diplôme de cadre doit s'appuyer sur les référentiels métier et de compétences du ministère chargé de la santé, dans le cadre de la réingénierie des diplômes, qui est déjà largement entamée et intègre l'approche par compétences. La mission préconise qu'il soit rédigé par la DGOS, en lien avec les représentants des universités (via la conférence des présidents d'universités (CPU), l'EHESP et le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche.
- [183] La mission propose que ce référentiel soit intégré à un cahier des charges plus large fixant les grands axes du partenariat entre les IFCS et les établissements d'enseignement supérieur du point de vue de l'organisation des enseignements, de la reconnaissance universitaire de la formation de cadre de santé et la répartition des coûts notamment. A ce titre les expériences de mises en concurrence des partenaires universitaires par les IFCS (à Nantes ou à l'AP-HP notamment), pourraient être utilement développées.
- [184] Serait ensuite lancé un appel à candidatures dont le jury comprendrait, entre autres, les représentants des ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur et des établissements d'enseignement supérieur. Les conseils régionaux pourraient également y participer à titre d'information. Ce jury devrait examiner les dossiers des binômes IFCS-établissement d'enseignement supérieur et la validité de leur projet commun sur la base du cahier des charges.
- [185] Dans cette optique, un travail approfondi devrait être réalisé en partenariat afin de proposer un projet véritablement intégré, permettant aux élèves de poursuivre leur formation dans les meilleures conditions possibles, sans doublons pédagogiques et sur des sites homogènes, adossés à des ressources universitaires adaptées intégrant le cas échéant les modules de préformation (voir 2.1.4). La mission considère en effet comme indispensable le fait que la formation soit véritablement élaborée de pair par l'IFCS et l'établissement d'enseignement supérieur.
- [186] Dans un souci de cohérence et de garantie de qualité, les conseils régionaux n'autoriseraient que les IFCS ayant reçu l'aval de ce jury, ce qui nécessiterait une modification réglementaire.

**Recommandation n°26 : Privilégier un système de reconnaissance d'équivalence de 60 crédits d'ECTS au diplôme de cadre de santé purement conventionnel.**

**Recommandation n°27 : Etablir un cahier des charges national comprenant le référentiel de formation du diplôme de cadre (à partir des référentiels métier et compétences établis par la DGOS dans le cadre de la réingénierie des diplômes) et les principaux critères du partenariat IFCS/établissements d'enseignement supérieur.**

---

<sup>54</sup> Décret 2010-1123 du 23 septembre 2010 relatif à la délivrance du grade de licence aux titulaires de certains titres ou diplômes relevant du titre III de la quatrième partie du code de la santé publique.

**Recommandation n°28 : Faire valider par un jury composé des ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur et de la CPU notamment, l'adéquation des projets à ce cahier des charges.**

**Recommandation n°29 : Faire de l'aval de ce jury l'un des critères d'autorisation des IFCS par les conseils régionaux.**

### **3.1.2. La deuxième année : la formation des cadres supérieurs de santé**

[187] On se situe ici dans le droit commun du fonctionnement des établissements d'enseignement supérieur. Les masters seraient donc ouverts à tout public ayant été reconnu apte à suivre ces formations par les établissements d'enseignement supérieur. Les établissements de santé en revanche, ne recruteraient que les professionnels paramédicaux munis en sus de ce diplôme de master, dont l'axe central serait le management des établissements de santé.

[188] Comme pour la première année, c'est la DGOS qui établirait les référentiels métier et compétences des cadres supérieurs de santé, permettant ensuite aux établissements d'enseignement supérieur de proposer des offres de formation sur cette base.

[189] La mission propose que, dans le but de bénéficier d'une offre de master correspondant aux besoins des établissements de santé concernant les cadres supérieurs de santé, ne soient habilités par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche que des masters systématiquement co-habilités avec l'EHESP (à travers son institut de management), à l'instar des masters de pratiques avancées de l'EHESP-université de Provence déjà mentionnés. La détention de certains diplômes, en santé publique, économie ou droit de la santé, management etc. pourrait donner lieu à équivalences en crédits d'ECTS du nouveau cursus, à condition que les décisions soient prises conformément aux règles en vigueur.

[190] La mission préconise que ces deuxièmes années de masters soient également construites en lien fort avec les IFCS.

**Recommandation n°30 : Prévoir des masters co-habilités EHESP-établissement d'enseignement supérieur.**

**Recommandation n°31 : Fortement engager les établissements d'enseignement supérieur et les IFCS à se rapprocher pour construire ces masters.**

### **3.1.3. La période transitoire**

[191] Dans la période préalable à l'émergence de ces nouvelles formations, les conseils régionaux pourraient prolonger les agréments actuels sur la base de l'avis du ministère de la santé qui, en lien avec le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, la CPU et l'EHESP, examinerait les formations existantes dont le contenu se rapproche suffisamment du schéma cible, tout particulièrement au titre des compétences managériales. Certains ajustements devraient être opérés in fine. En tout état de cause, cette procédure reposant sur un cahier des charges allégé aurait le mérite de tenir compte des initiatives les plus fécondes et d'assurer, partout où cela semblerait justifié, une continuité utile.

[192] Sans entrer dans le détail, la mission a pu repérer des expériences tout à fait pertinentes en la matière. A l'heure actuelle, plus d'une vingtaine de partenariats confèrent au diplôme de cadre santé la reconnaissance d'équivalence de 60 crédits d'ECTS de master, selon des modalités diverses, dans les domaines du management, du droit et/ou de l'économie.

- [193] En général, les deux formations sont totalement intégrées (pas de cours supplémentaires au titre de l'université) et de fait, les étudiants ont obligation de suivre le cursus universitaire. En revanche, le système de validation des différentes UE fait que les étudiants peuvent selon les cas, valider le diplôme de cadre mais pas tous les ECTS. De façon marginale, il existe des cas où les étudiants doivent suivre des enseignements universitaires complémentaires et passer des examens spécifiques pour valider les ECTS, l'inscription universitaire étant de ce fait facultative.
- [194] En tout état de cause les modalités de partenariat possible avec les établissements d'enseignement supérieur seront à préciser dans certains domaines-clé, tels que le management, afin de capitaliser les expériences utiles constatées sur le terrain (tels que le master « politiques publiques et changement social » mis en place par l'institut d'études politiques (IEP) de Grenoble, (en lien étroit avec le CHU de Grenoble), mais aussi de pallier une nette tendance à la dispersion des initiatives à l'échelle nationale. S'agissant des ressources pédagogiques, il semble qu'une logique d'organisation serait de faire plus largement appel aux universitaires (médecins, juristes, économistes, sociologues) sur le volet 1 du futur diplôme de cadre, aux professionnels hospitaliers sur le volet 3 et à des ressources mixtes sur le volet 2 (cf. supra, point 2.1.2.2). La même recherche de complémentarité valant pour la deuxième année de master : ainsi, en matière de GRH, des apports de haut niveau sont-ils souhaitables à la fois du côté de spécialistes du management (professeurs et praticiens d'entreprises) et de professionnels de la filière RH hospitalière (directeurs, DRH, directeurs des soins et cadres supérieurs, notamment).
- [195] Dans tous les cas de figure, il paraît raisonnable d'adopter un objectif de mise en œuvre à trois à quatre ans. Il faudrait en effet respecter un certain nombre d'étapes indispensables (cf. : annexe 3) relatives à la production des référentiels et du cahier des charges nationaux, la sélection des binômes IFCS-établissement d'enseignement supérieur, et l'autorisation des IFCS par les conseils régionaux.
- [196] En ce qui concerne les masters, l'étape de l'appel d'offre serait « remplacée » par la construction de l'offre de formation et la procédure d'habilitation des masters par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche (dépôt et examen du dossier, évaluation de l'agence d'évaluation et de la recherche et de l'enseignement supérieur (AERES), avis du conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche (CNESER), etc.).
- [197] Ce délai paraît nécessaire pour conduire à bien l'ensemble de ces opérations, étant observé que les infirmiers, majoritairement présents parmi les candidats au statut de cadre, accéderont au niveau L en 2012 et seront donc susceptibles de présenter leurs candidatures aux nouvelles formations à partir de 2018, année à partir de laquelle le nouveau système pourra être considéré comme véritablement à maturité. On peut également penser que cette période de transition permettra aux instituts de s'organiser pour proposer les FAE des TSH et ACH (et à la DGOS d'adopter les modifications règlementaires nécessaires).
- [198] En revanche, les nouvelles formations des AAH et des IH pourraient se mettre en place dès 2011-2012 (à ce titre, la mission n'a pas pu obtenir d'information sur le calendrier de sortie du décret modifiant la formation des AAH susmentionné).

[199] Au terme de cette transition, le nouveau système de recrutement et de formation des cadres et cadres supérieurs de santé serait rendu opérationnel. Les personnels en place n'y seront par définition pas soumis<sup>55</sup>, mais cela devra faire l'objet d'une réflexion dans chaque établissement, en particulier en ce qui concerne les cadres supérieurs qui n'auraient pas encore bénéficié d'une formation continue depuis leur prise de poste. A ce titre, la mission recommande que, pendant la période intermédiaire, les cadres supérieurs soient formés en même temps que les chefs de pôles, lors des formations introduites par l'arrêté du 11 juin 2010 susmentionné. Ceci pourrait également être le cas des AAH positionnés comme collaborateurs des chefs de pôle.

[200] La mission préconise que le dispositif dans son ensemble soit évalué en 2018, après 5 années de fonctionnement. Trois scénarios principaux seraient alors envisageables :

- maintien du dispositif (IFCS-diplôme de cadre de santé/master pour les cadres supérieurs de santé) ;
- passage total à l'université (suppression des IFCS et du diplôme de cadre au profit d'un master total, le schéma de co-habilitation avec l'EHESP imaginé pour la deuxième année de master étant envisageable afin de garantir que ces formations correspondent aux besoins des établissements de santé) ;
- réduction du nombre d'IFCS au niveau interrégional (cf. : infra) et intégration encore plus importante avec les établissements d'enseignement supérieurs.

**Recommandation n°32 : Faire valider par un jury composé des ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur et de la CPU notamment, les actuels partenariats IFCS/établissements d'enseignement supérieur sur la base d'un cahier des charges allégé.**

**Recommandation n°33 : Former les cadres collaborateurs des chefs de pôles avec eux, sur la base des formations de ces derniers.**

**Recommandation n°34 : Evaluation de l'ensemble du dispositif proposé en 2018.**

### **3.2. *La cartographie des instituts***

[201] Il serait certes cohérent de ne pas réduire le potentiel actuel, compte tenu notamment de l'intervention des régions et de l'énergie sans doute nécessaire pour restructurer ce dispositif de formation. Toutefois, la mission n'estime pas raisonnable de conserver durablement des capacités aussi disséminées, ne disposant pas de la taille critique : l'appareil de formation actuel comporte près de 40 structures (cf. : annexe 4) qui ne forment en moyenne pas plus de 55 personnes (70% forment 50 personnes et moins, et plus de 90% forment moins de 70 étudiants). La faiblesse de l'effectif moyen en formation, l'hétérogénéité des contenus et des orientations professionnelles, y compris quand des accords ont été conclus avec des établissements d'enseignement supérieur, constituent aujourd'hui des freins à l'existence d'un approche nationale de ces formations. Le fait que des innovations souvent fort pertinentes aient pu être développées dans certaines régions ne constitue pas une réponse satisfaisante, sauf à admettre que la liberté des acteurs puisse à elle seule tenir lieu de démarche.

---

<sup>55</sup> Il n'existe aucun recensement des formations/titres/diplômes universitaires des cadres et cadres supérieurs de santé. Si les diplômes universitaires (DU) semblent assez nombreux, les licences et les masters sont moins répandus (et les doctorats moins encore). Une enquête du CEFIEC réalisée auprès des cadres formateurs (dont on a vu qu'ils étaient davantage diplômés de l'enseignement supérieur que les autres cadres de santé) relevait qu'un cadre formateur sur 3 était diplômé de l'enseignement supérieur.



- [202] C'est pourquoi, une solution équilibrée lui paraît de conserver une plateforme IFCS/établissement d'enseignement supérieur en moyenne par région. La mission entend par là une seule entité juridique et un seul site ou implantation par région, un projet commun unique étant sélectionné par région sous réserve de ce qui suit. Un système cible de niveau interrégional aurait sans doute une plus forte cohérence, y compris pédagogique (taille critique, possibilité d'organiser à large échelle des formations décloisonnées...). Cependant, le « saut » organisationnel et pratique, notamment en termes de déplacement des élèves, rend sans doute un tel objectif particulièrement exigeant, compte tenu des contraintes pesant très généralement sur un public le plus souvent féminin et chargé de famille. Il se heurterait en outre au souhait de favoriser l'alternance. Le passage de 38 IFCS à 22 (voire légèrement plus afin de tenir compte de quelques « grosses » régions comme l'Ile de France notamment)<sup>56</sup>, soit une réduction de près de 50% du dispositif actuel semble dans ces conditions constituer un objectif volontariste et raisonnable. En tout état de cause, la mission propose qu'une évaluation d'un maillage réduit soit conduite à moyen terme afin d'envisager d'autres évolutions, notamment au niveau interrégional, le cas échéant (cf. : supra).
- [203] A cette occasion, les IFCS seraient, conformément à la proposition de la mission de Chantal de Singly, transformés en instituts régionaux du management en santé - la dénomination étant adaptable -, dès lors que l'objet serait, dans le cadre de ce dispositif resserré, que ces entités dispensent effectivement des cursus d'autres filières d'encadrement, soit en formation initiale, soit en formation continue, outre des opérations plus ambitieuses pouvant être conduites avec des médecins et/ou des directeurs d'hôpitaux (enseignements, séminaires, rencontres...). Par ailleurs, d'autres décloisonnements seraient envisageables, en particulier avec les formations du secteur social : on pense au certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale (CAFERIUS) et au certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement social ou de service d'intervention sociale (CAFDES), comme le pratique la Croix Rouge française notamment, dans la logique de la loi HPST et du nouveau champ de compétence des ARS.
- [204] L'autorisation des instituts par les conseils régionaux sur la base notamment de l'avis d'un jury national, ainsi que l'habilitation des masters (d'une durée de quatre ans selon les normes en vigueur) par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, permettrait de cadrer le dispositif tout en ajustant les capacités aux besoins.
- [205] Au terme de la période de transition, il serait justifié que le droit commun de l'évaluation s'applique aux IFCS via celle des établissements d'enseignement supérieur avec lequel ils auront passé convention, pour la première année de master, sous l'égide de l'AERES.
- [206] Au plan administratif, il revient aux ARS, à la suite des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) - et sans préjudice du rôle des DRJCS relatif à la délivrance du diplôme de cadre -, d'assurer la régulation des flux de formation et de développer une expertise ad hoc de pilotage prévisionnel des besoins des établissements, dans leur ressort. On rappellera que leur projection est à ce jour très inégalement assurée pour le compte de l'Etat, compte non tenu des informations exigées par les régions ou de celles destinées à la sphère universitaire lorsque, comme souvent, elle est partie prenante.

**Recommandation n°35 : Resserrer le maillage territorial des futurs IFCS, devenant instituts régionaux de management en santé, à un institut par région, puis évaluer le dispositif.**

**Recommandation n°36 : Confier aux ARS une responsabilité de supervision des effectifs en formation et des besoins et centraliser l'information à la DGOS.**

---

<sup>56</sup> Il s'agit là d'une première approche, la mission ne souhaitant pas que des IFCS soient implantés dans des régions qui en sont aujourd'hui dépourvues d'une part, et des regroupements entre régions pouvant éventuellement d'ores et déjà être proposés d'autre part.

### 3.3. *Le financement*

#### 3.3.1. Un cadre juridique à clarifier

- [207] A la différence des formations sociales, l'article 73 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, transfère aux régions une liste précise et exhaustive de formations des professions sanitaires entrant dans le champ de la décentralisation. Sont ainsi concernées l'ensemble des formations préparant à certaines professions de santé, à savoir :
- les professions paramédicales visées au code de la santé publique : infirmiers (dont les infirmiers spécialisés : infirmières puéricultrices, IBODE et IADE) ; masseurs-kinésithérapeutes ; pédicures podologues ; ergothérapeutes ; psychomotriciens ; orthophonistes ; orthoptistes ; manipulateurs d'électroradiologie médicale ; techniciens de laboratoire d'analyses de biologie médicale ; audioprothésistes ; opticiens-lunetiers ; prothésistes ; orthésistes ; diététiciens ;
  - ainsi qu'une série d'autres professions : aides-soignants ; auxiliaires de puériculture ; ambulanciers ; sages-femmes ; préparateurs en pharmacie hospitalière.
- [208] Ainsi, le critère de compétence des conseils régionaux ne réside pas tant dans le fait qu'il s'agit de formation initiale ou de formation continue, mais dans l'inclusion ou non d'une profession au sein de la liste.
- [209] Par extension, il paraît admis par l'Etat et les conseils régionaux que la formation des cadres de santé fait partie du champ transféré.<sup>57</sup> A ce titre, les IFCS sont autorisés par le président du conseil régional (capacité maximum d'accueil), qui agréé également leur directeur après avis de l'ARS pour ces deux décisions. Les IFCS faisaient partie du périmètre financier transférés aux régions. La mission recommande cependant que cette compétence des régions, qui ne fait donc pas objet de mise en cause, soit plus clairement affichée via une modification législative du code de la santé publique.
- [210] Les montants des subventions d'équilibre versées par les régions aux établissements au titre des IFCS sont très hétérogènes. Certaines régions ne couvrent pas ou très peu les dépenses de ces organismes (au motif qu'ils ne délivrent pas une formation initiale en aval du système éducatif, comme c'est le cas des IFSI), d'autres les incluent au contraire dans le périmètre des formations sanitaires qu'elles autorisent et les financent en partie.
- [211] La mission a constaté à travers l'exemple de quatre régions que le taux de subvention pouvait représenter de 3,5% à 60% des coûts des IFCS<sup>58</sup>. De fait, les pratiques très différentes d'une région à l'autre, révèlent des clefs de répartition qui sont souvent le fruit de l'Histoire, tout en illustrant aussi des politiques régionales visant à développer les formations de santé, y compris celle des cadres. Ainsi, la mission s'inscrit dans les suites des recommandations de la mission IGF-IGAS-IGA de janvier 2008<sup>59</sup> et rappelle que les IFCS font partie du champ transféré aux régions. Les formations de cadres s'effectuant en cours d'emploi et faisant l'objet de prises en charge par l'employeur, ceci doit venir en déduction des concours versés par la région, sans préjudice des politiques plus volontaristes engagées par les conseils régionaux telles qu'elles existent aujourd'hui.

---

<sup>57</sup> Cf. : DE SAINT PULGENT N., DORISSON A, O'MAHONY P., MAUSS H., DE CHERGE S., RAYROLES P., BERTHOD-WURMSER M., Evaluation des transferts de charges liés à la décentralisation aux régions du financement des écoles paramédicales et de sages femmes et des aides aux étudiants, Inspection générale des finances (IGF)-IGAS-Inspection générale de l'administration (IGA), La documentation française, janvier 2008, 49p, p8.

<sup>58</sup> La mission n'a pu retracer le montant des sommes versées par les régions, celles-ci étant très hétérogènes d'une région à l'autre et ne faisant pas l'objet d'une centralisation.

<sup>59</sup> Voir note 48.

- [212] De fait, le modèle le plus souvent rencontré par la mission est une prise en charge par l'établissement au titre des actions de promotion professionnelle financées par l'ANFH.<sup>60</sup>

**Recommandation n°37 : Procéder à une modification législative (puis réglementaire) donnant clairement aux régions la compétence sur la formation des cadres de santé concernant le champ des autorisations, des agréments et du financement (articles L4383-3 et L4383-5 du code de la santé publique).**

### 3.3.2. Des surcoûts limités

#### 3.3.2.1. Le fonctionnement actuel

- [213] Le coût de la formation varie beaucoup d'un IFCS à l'autre. La mission a pu observer auprès d'une dizaine de structures des coûts annuels par élève allant d'environ 9 000€ à près de 15 000€, parfois au sein de la même région. La moyenne se situe autour de 10 000€, ce qui est d'ailleurs relativement élevé par rapport à des cycles universitaires de master aujourd'hui négociés avec certains établissements d'enseignement supérieur, y compris sur des bases qualitatives élevées.
- [214] Les établissements appliquent ensuite des « tarifs » (qui ne correspondent pas toujours aux coûts) dont la moyenne se situe autour 8 100 € (de 5 255 à 12 626€ sur 36 établissements observés) et qui sont parfois différenciés si les agents sont en promotion professionnelle ou s'ils financent eux-mêmes leurs formations (près de 2 000€ de moins en moyenne dans le second cas).
- [215] Il existe également des frais pédagogiques ou d'inscription administrative à l'IFCS qui s'élèvent en moyenne à 200€ sachant qu'ici encore, les pratiques sont très variables. On observe trois cas de figures principaux : soit ces frais sont inexistantes, soit ils sont alignés sur les taux des droits de scolarité dans les établissements de l'enseignement supérieur de cursus licence (174€) ou, dernière hypothèse, de cursus master (237€)<sup>61</sup>.
- [216] En ce qui concerne les conventionnements avec les établissements d'enseignement supérieur, les situations sont également très hétérogènes. Il n'existe pas d'informations centralisées ni de référentiel national de coût. La mission n'a donc pas pu, ici encore, disposer de données robustes et comparatives, sachant que les prestations universitaires sont très variables d'un partenariat à l'autre.
- [217] La mission a observé au travers de treize exemples qu'elle s'est procurés que le coût annuel par étudiant pour un partenariat au niveau de la première année de master varie de 300 à 3300€ soit un facteur 10. Ces sommes sont intégrées au coût global de la formation en IFCS (lorsque la formation universitaire est obligatoire), et prises en charge par les employeurs ou les agents en formation.
- [218] Concernant l'inscription administrative dans un établissement d'enseignement supérieur, la pratique des IFCS varie, mais dans la très grande majorité des cas, les étudiants ne s'acquittent qu'une seule fois des frais de scolarité auprès des IFCS, qui reverse une quote-part aux établissements d'enseignement supérieur avec lesquels ils ont passé convention.

<sup>60</sup> En 2009, 14% des formations financées au titre des études professionnelles (tous fonds confondus) par l'ANFH, soit 2 553 départs, concernaient le diplôme de cadre de santé (source : ANFH).

<sup>61</sup> Ces taux sont établis chaque année par un arrêté des ministères en charge de l'enseignement supérieur et du budget. Pour l'année 2010, il s'agit de l'arrêté du 4 août 2010 fixant les taux des droits de scolarité dans les établissements publics d'enseignement supérieur relevant du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et dans les instituts universitaires de formation des maîtres.

### 3.3.2.2. Le fonctionnement futur

- [219] La mission a recensé 31 IFCS ayant passé une ou plusieurs conventions avec des établissements d'enseignement supérieur, soit plus de 80% des IFCS. Par ailleurs, compte tenu des caractéristiques de la formation telle qu'elle la propose, la mission fait l'hypothèse que le conventionnement se réaliserait à coût constant. Si sa mise en place générerait un surcoût lié aux charges fixes de l'institut, en particulier dans le cas où des formateurs voyaient leurs charges d'enseignement réduites, il appartiendrait à l'établissement de santé de rattachement (ou à l'IFCS) d'y mettre fin rapidement, dans le cadre de redéploiements d'équipes nécessitant de travailler à une échelle plus large de gestion des cadres de santé. On peut penser que ces situations seraient peu nombreuses et transitoires.
- [220] La mission préconise que le coût du M1 soit l'un des critères examinés par le jury national d'une part, et que les établissements prévoient en amont, dès le conventionnement, une organisation en conséquence d'autre part.
- [221] Dans le schéma proposé par la mission, la dépense nouvelle la plus importante serait liée à la création de la deuxième année de master pour les cadres supérieurs. Pour l'heure, les IFCS ayant déjà passé des conventions avec les établissements d'enseignements supérieurs sur des poursuites de cursus en « M2 » ont fait état de coûts annuels compris entre 2000 et 6000 € par élève.
- [222] En retenant, toutes choses égales par ailleurs, que le M2 devrait occasionner le même niveau de dépenses, l'enjeu total devrait se situer entre 600 000 euros et 1,8M d'euros pour 300 formés annuellement.
- [223] La mission part du principe que le M2 pourra se faire sans coût de remplacement puisque fondé sur l'alternance<sup>62</sup>.
- [224] Par ailleurs, compte tenu de ses propositions, la mission considère que le coût des FAE des TSH et des ACH sera stable et pourra constituer des recettes supplémentaires pour les IFCS.
- [225] Concernant la FAE des ingénieurs, les changements proposés (ajout d'un module de spécialisation) pourraient engendrer un surcoût limité par rapport à la FAE actuelle (6 modules) dont le coût unitaire est de 4500€

#### **Recommandation n°38 : Le coût des masters doit être intégré dans les critères du jury national.**

En définitive, la mission estime qu'une approche à la fois résolue et pragmatique, est seule de nature à autoriser des progrès décisifs en matière de formation des cadres hospitaliers, au premier rang desquels les cadres de santé.

Le volontarisme se situe d'abord en termes d'approche universitaire, avec l'idée du caractère inéluctable de la montée en puissance du LMD. Il consiste aussi à assumer pleinement l'indispensable dimension managériale des formations en question. Il suppose de revoir en profondeur les parcours des formateurs. Il impose enfin une démarche sélective, en termes de qualité pédagogique et de gestion des formations.

Le pragmatisme conduit à préconiser une évolution graduelle des IFCS, avec un objectif cible resserré, mais à l'échelle régionale dans un premier temps, qui autorise d'élargir leurs missions, notamment en matière de formation continue, de manière maîtrisée. Il permet de tenir

---

<sup>62</sup> On pourrait considérer que le coût des études promotionnelles pour un cadre de santé suivant un M2 serait supérieur à celui des actuelles études de cadres de santé d'environ 10 000€ (à partir de l'estimation du coût salarial en milieu de carrière annuel pour les titulaires de la FPH, données DGOS), étant pris en compte le montant supérieur de traitement et le coût inférieur du diplôme.

compte des expériences les plus fructueuses déjà à l'œuvre sur le terrain, qu'il s'agit de partager et diffuser plus que de décourager. Il appelle, à échéances régulières, à évaluer la montée en charge du dispositif et à en ajuster les capacités en fonction des besoins, analysés dans chaque région, avec une consolidation nationale qui reste à perfectionner.

Cet équilibre, assez délicat à réussir, est par ailleurs accordé à celui des intérêts en présence. Le système hospitalier, employeur, a un besoin impératif de cadres bien formés et aptes à réussir les changements dont ils sont plus que jamais la clé de voûte, ce qui impose de dégager du temps et quelques moyens, mais surtout une attention plus soutenue des gestionnaires ; les intéressés doivent pouvoir bénéficier de ces apports renouvelés, qui sont aussi une reconnaissance professionnelle de leur rôle majeur mais supposeront en retour de leur part, un effort de motivation et d'investissement à la hauteur de leurs responsabilités croissantes.

Michel YAHIEL

Céline MOUNIER



## Principales recommandations de la mission

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Initier au sein de chaque établissement où elle n'aurait pas encore eu lieu, une réflexion associant les cadres et les fonctions supports, visant à mieux les coordonner autour des besoins des unités, afin de décharger les cadres d'un maximum de « fonctions parasites », de proposer des solutions et suivre leur mise en œuvre	Chefs d'établissements	2011
2	Etablir des fiches de postes et des fiches de fonctions précises des différents collaborateurs du chef de pôle et leurs domaines d'interventions.	Chefs de pôle/chefs d'établissements	2011
3	Soumettre l'accès au corps de cadre de santé à la condition de détenir le diplôme de cadre de santé reconnu par équivalence de 60 crédits d'ECTS à travers des conventions entre les établissements d'enseignements supérieurs et les IFCS, à partir d'une définition nationale.	DGOS-chefs d'établissements ou directeurs d'IFCS/présidents d'université	2013
4	Soumettre le recrutement au grade de cadre supérieur de santé à la détention d'un master dont la première année correspondrait aux 60 ECTS du diplôme de cadre de santé, sur la base d'un référentiel commun	DGOS-présidents d'université	2014
5	Axer la nouvelle formation des cadres de santé sur le management en santé autour de 3 pivots d'égale importance : l'environnement sanitaire et hospitalier, le fonctionnement des établissements et les leviers du métier.	DGOS	2012-2013
6	Construire les stages autour de l'acquisition de compétences et localiser le stage de spécialisation dans le futur lieu d'affectation du cadre.	Chefs d'établissements	2012-2013
7	Inclure dans la deuxième année de master un temps de scolarité à l'EHESP pour des modules communs entre les futurs cadres supérieurs et les étudiants effectuant leur formation à Rennes.	Présidents d'universités/EHESP	2013-2014
8	Prévoir dès sa conception que la deuxième année de master puisse être suivie en alternance.	Présidents d'universités	2012-2013
9	Inciter les établissements à mettre en place un système de repérage des futurs cadres et cadres supérieurs intégrant une phase de sensibilisation à la fonction, et une période de préformation permettant de valider des ECTS.	Chefs d'établissements	2013-2014
10	Accompagner par un système de tutorat le futur cadre et cadre supérieur tout au long de l'élaboration de son projet cadre et lors de sa première année de prise de fonctions.	Chefs d'établissements	2013-2014
11	Instaurer une alternance régulière entre la fonction de cadre formateur et la fonction de cadre de terrain, sur la base d'une convention entre l'établissement gestionnaire, le centre de formation et l'intéressé.	Chefs d'établissements	2013-2014
12	Mettre en place une FAE pour passer d'une fonction à l'autre.	Chefs d'établissements	2012-2013
13	Exiger quelques années de pratiques (3 à 5 ans) en tant que cadre de terrain pour devenir cadre formateur.	DGOS	2012

14	Rendre effectives les FAE des cadres B et les étendre aux agents non titulaires, y compris pour les IH.	DGOS-chefs d'établissements	2013-2014
15	Développer la formation continue croisée entre cadres hospitaliers, médecins et directeurs, dans toute la mesure du possible en s'appuyant sur les IFCS.	Chefs d'établissements	2012-2013
16	Spécialiser la deuxième partie de la formation des AAH en fonction du poste de sortie d'école, en rendant possible le choix de recrutement en milieu de formation.	EHESP	2011-2012
17	Construire la formation de façon à permettre aux attachés de faire valoir des équivalences en crédits d'ECTS auprès des établissements d'enseignement supérieur dans le cadre de la reconnaissance universitaire de droit commun.	EHESP	2011-2012
18	Ajouter un module de spécialisation à la FAE actuelle des IH.	EHESP	2011-2012
19	Rendre obligatoire l'évaluation et la validation de chacun des modules de la FAE des IH.	EHESP	2011- 2012
20	Faire connaître le métier d'ingénieur hospitalier aux élèves ingénieurs.	Ministère de la santé/ministère de l'enseignement supérieur	2014
21	Favoriser l'émergence de formations spécialisées en ingénierie hospitalière.	EHESP-universités/ministère de l'enseignement supérieur	
22	Compléter l'arrêté relatif à la FAE des ACH en précisant l'organisation de la formation autour de 3 axes : présentation de l'hôpital et de son environnement, le métier de cadre, spécialisation.	DGOS	2011
23	Organiser les FAE des ACH dans les IFCS et dispenser des enseignements communs aux cadres de santé, ACH et TSH, ainsi que des études de cas.	Chefs d'établissements	2013-2014
24	Modifier la FAE en renforçant les aspects managériaux et en centrant les enseignements techniques sur le poste d'affectation.	DGOS	2011
25	Proposer des FAE courtes en cas de changement de poste dans des secteurs techniquement éloignés.	Chefs d'établissements	2012
26	Privilégier un système de reconnaissance d'équivalence de 60 crédits d'ECTS au diplôme de cadre de santé purement conventionnel.	Chefs d'établissements ou directeurs d'IFCS/présidents d'université	2012
27	Etablir un cahier des charges national comprenant le référentiel de formation du diplôme de cadre (à partir des référentiels métier et compétences établis par la DGOS dans le cadre de la réingénierie des diplômes) et les principaux critères du partenariat IFCS/établissements d'enseignement supérieur.	DGOS	2012
28	Faire valider par un jury composé des ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur et de la CPU notamment, l'adéquation des projets à ce cahier des charges.	DGOS	2012
29	Faire de l'aval de ce jury l'un des critères d'autorisation des IFCS par les conseils régionaux.	DGOS	2012-2013



<b>30</b>	Prévoir des masters co-habilités EHSP-établissement d'enseignement supérieur pour la formation des cadres supérieurs de santé.	DGSIP/présidents d'universités-EHESP	2014
<b>31</b>	Fortement engager les établissements d'enseignement supérieur et les IFCS à se rapprocher pour construire ces masters.	Chefs d'établissements ou directeurs d'IFCS/présidents d'université	2011-2012
<b>32</b>	Faire valider par un jury composé des ministères chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, et de la CPU notamment, les actuels partenariats IFCS/établissements d'enseignement supérieur sur la base d'un cahier des charges allégé.	DGOS	2011
<b>33</b>	Former les cadres collaborateurs des chefs de pôles avec eux, sur la base des formations de ces derniers	Chefs d'établissements	2011
<b>34</b>	Evaluation de l'ensemble du dispositif proposé en 2018.	DGOS	2018
<b>35</b>	Resserrer le maillage territorial des futurs IFCS, devenant instituts régionaux de management en santé, à un institut par région, puis évaluer le dispositif.	DGOS	2013
<b>36</b>	Confier aux ARS une responsabilité de supervision des effectifs en formation et des besoins, et centraliser l'information la DGOS.	DGOS	2011
<b>37</b>	Procéder à une modification législative (puis réglementaire) donnant clairement aux régions la compétence sur la formation des cadres de santé concernant le champ des autorisations, des agréments et du financement (articles L4383-3 et L4383-5 du code de la santé publique).	DGOS	2011
<b>38</b>	Le coût des masters doit être intégré dans les critères du jury national.	DGOS	2012



# Lettre de mission



*Ministère de la Santé et des Sports*

*Paris, le - 3 JUIN 2010*

*La ministre*

Cab/RBN/CdB/IT/Me D10-4730

Monsieur le chef de l'inspection générale,

La qualité du fonctionnement des hôpitaux publics français dépend, en tout premier lieu, des compétences et de la mobilisation des cadres qui y exercent au quotidien. Managers d'équipes et de projets, ils créent en effet les conditions concrètes de la qualité des soins apportés à nos concitoyens, en leur garantissant une prise en charge globale, dans les meilleures conditions de sécurité et de confort.

Accompagner et valoriser les cadres hospitaliers est une priorité de mon action.

C'est dans cette perspective que j'ai confié à Mme Chantal de SINGLY une mission sur la formation, le rôle, les missions et la valorisation des cadres hospitaliers. De mars à août 2009, cette mission a su développer des méthodes innovantes et efficaces pour conduire une réflexion collective, avec et pour le monde encadrant.

Avec l'appui de la direction générale de l'offre de soins, j'ai, dès la remise du rapport, demandé la mise en œuvre de plusieurs propositions relatives à la valorisation des cadres, au premier rang desquelles la revalorisation statutaire des cadres et la rénovation de leur système indemnitaire, par le biais de la prime de fonction et de résultats.

J'entends aujourd'hui compléter et élargir cette action. Dans un contexte marqué par l'évolution rapide de l'environnement hospitalier, et plus particulièrement des conditions de travail des cadres, je veux assurer durablement la capacité des cadres à remplir pleinement leurs fonctions.

A cette fin, en réponse aux attentes qu'ils expriment eux-mêmes, je veux rénover en profondeur le système de formation des cadres hospitaliers.

Pierre BOISSIER  
Chef de l'inspection générale des affaires sociales  
39-43 quai André Citroën  
75739 Paris CEDEX 15

2

En effet, la transformation des attentes des personnels et des modes de prise en charge des usagers, ainsi que les changements organisationnels, technologiques et managériaux au sein des hôpitaux, modifient les conditions d'exercice du métier de cadre hospitalier. Les compétences des cadres hospitaliers doivent donc évoluer. Il s'agit d'assurer l'adéquation entre les contenus de formation et les compétences attendues des cadres hospitaliers administratifs, techniques, médico-techniques et soignants.

C'est la raison pour laquelle j'ai décidé de vous confier une mission, qui aura trois objectifs principaux :

1. vous étudierez en premier lieu l'évolution à la fois qualitative et quantitative des besoins de formation professionnelle des cadres hospitaliers :
  - l'évaluation qualitative s'appuiera sur l'analyse des lignes directrices de l'évolution des métiers de cadre hospitalier au cours des prochaines années, en tenant compte en particulier des perspectives de transfert et d'allègement de tâches,
  - l'évaluation quantitative, quant à elle, reposera sur une analyse des projections démographiques des cadres hospitaliers.
2. vous définirez le schéma cible du dispositif de formation initiale et continue des cadres hospitaliers, qui devra être à la fois plus lisible, plus cohérent et mieux adapté aux besoins en décrivant en particulier :
  - la nature des filières de formation par catégorie de professionnels,
  - leurs liens avec l'Université, avec l'École des hautes études en santé publique, et avec les hôpitaux ;
  - les modes d'orientation et de sélection des futurs professionnels,
  - les parcours de formation au cours de la vie professionnelle,
  - l'organisation territoriale de l'offre de formation ;
3. vous proposerez un plan d'action permettant d'assurer une transition, à moyen terme, entre la situation actuelle et ce schéma cible, en précisant notamment les principaux jalons et le rôle des différents acteurs concernés ;

L'inspecteur que vous désignerez animera, avec l'appui de la direction générale de l'offre de soins, un groupe de travail associant la Haute autorité de santé, l'École des hautes études en santé publique, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, la Fédération hospitalière de France, ainsi que des cadres hospitalier de terrain.

Vous voudrez bien me transmettre le rapport de cette mission d'ici le 30 septembre 2010.

Je vous prie, monsieur le chef de l'inspection générale, d'agréer l'expression de mes salutations distinguées.



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

## Liste des personnes rencontrées

ABAD	Monique	Chargée de mission, ANAP
ABDELAZIZ	Djamil	Membre du conseil d'administration d'IHF
ACKAR		Fédération Sud Santé Sociaux
AJENJO	Félix	Président de FORMAPH
AMZALEG	Sylvie	Coordonnateur du pôle RH, directeur des relations du travail, FEHAP
ANE	Maïté	Directrice de la formation, CRF
BACHER-CHAUVIN	Estelle	Directrice recherche, études et développement, UNIFAF
BARBIER	Nadine	Cheffe du département du développement professionnel, DRH, siège, AP-HP
BARRET	Luc	Président de la CME, CHU de Grenoble
BAZILE	Véronique	CS formateur à l'IFMK de l'AP-HP
BEDEL	Monique	CSS, CFTC
BENDELE	Christian	Président de l'association des agents de maintenance biomédicale (AAMB)
BENOIT	Nadia	ARF
BERKER	Nathalie	CS, CH de Roubaix
BERLAND	Yvon	Président de l'ONDPS
BIANCHI	Evelyne	CS du pôle psychiatrie de l'hôpital Cochin, AP-HP
BLANCHOT	Fabien	Maitre de conférences à l'université Paris Dauphine, docteur ès sciences de gestion
BLUA	Philippe	Président du SNCH
BOISSON	Chantal	CS formateur, IFSI H. Mondor, AP-HP
BOSCH	Sébastien	Adjoint à la directrice des RH, chargée du pôle formation et professionnalisation, FNCLCC
BOULINGUIEZ	Chantal	CSS, CH de Roubaix
BOURDIN	Laurent	Ufmict-CGT
BOURLES	Laurent	AAH, direction des services logistiques, CH de Roubaix
BOURNOT	Luc	Directeur de la formation, CHU de Grenoble
BRESSAND	Michèle	CGES
BREUIL	Sylvie	Secrétaire générale de l'Ufmict-CGT
BRION	Jean-Paul	Vice président de la CME, CHU de Grenoble
BRUN	Fernand	FO
CANIEUX	Nathalie	Secrétaire générale, fédération CFDT santé sociaux
CAPRON	Dominique	Ingénieur, DRH
CARRE	Philippe	Vice président AFDS, directeur de l'IFCS du CHU d'Amiens
CASTEL	Paul	Président de la conférence des DG de CHU
CHACHIGNON	Isabelle	Secrétaire de l'association des agents de maintenance biomédicale
COLLET	Lionel	Président de la conférence des présidents d'universités
COULONGEOU	Hélène	Chargé de mission RH1, DGOS
CRENO	Martine	CSS, R. Debré AP-HP, secrétaire de l'ANCIM

CREPEL	Philippe	Secrétaire fédéral de l'Ufmict-CGT
DE BORT	Clara	Conseillère technique, cabinet de la ministre de la santé et des sports
DE SINGLY	Chantal	DG de l'ARS la Réunion
DEBEAUPUIS	Jean	DG, CHU de Grenoble
DEBOUT	Christophe	Directeur adjoint du département de sciences infirmières et paramédicales, coordinateur du laboratoire de recherche infirmière, EHESP
DECOUVELAERE	Martine	Association française des ingénieurs biomédicaux (AFIB)
DEGRYSE	Caroline	CSS, CH de Wasquehal
DELOCHE	Dominique	Cheffe de la mission des formations de santé, DGESIP
DESENZI	Thierry	Président de l'union des responsables de blanchisseries hospitalières (URBH)
DESROSIERS	Gislaine	Présidente de l'ordre des infirmiers du Québec
DESTEE	Alain	Président de la conférence des présidents de CME de CHU
DETEIX	Patrice	Président de la conférence des doyens
DHAINAUT	Jean François	Directeur de l'AERES
DHARLINGUE	Pascale	CSS sage femme, CH de Roubaix
D'HONT	Xavier	CS, traumatologie/orthopédie, CH de Roubaix
DUBRUQUE	Gérard	CSS, CFDT
DUCLAUD	Françoise	CS, CHU de Bordeaux
DUPUIS	Jean-Yves	Directeur général, FEHAP
DUROUSSET	Jean Loup	Président de la FHP
EDERY	Annie	Chargée de mission, commission règlement et législation, commission santé, CPU
ELLUL	Paul	Vice président de l'association des agents de maintenance biomédicale
ESTRYN-BAYER	Madeleine	Médecin du travail, docteur en ergonomie, service central de médecine du travail, AP-HP
FAVRY	Arnaud	Chargé de mission cabinet santé
FAZI-LEBLANC	Stéphanie	DAF, CHU de Grenoble
FELLINGER	Francis	Président de la conférence des présidents de CME de CH
FICHTER	Odile	Directrice de l'école de manipulateur, CHU de Grenoble
FOUCHER	Benoit	Directeur adjoint, chargé de RH et du développement des compétences, ANFH
FOURMENT	Catherine	Directeur des soins, direction des Instituts de Formation du CH Sud Francilien
FRECHOU	Denis	Président de la conférence des directeurs de CH
GALLAIS-FERRIER	Nicole	Responsable du pôle ressources humaines, FHF
GELON-GAGLIANO	Murielle	AAH, direction de la formation
GERAULD	Geneviève	Directrice de l'IFCS du CHU de Nancy
GIORGIO	Jaques	Vice-président de l'union des responsables de blanchisseries hospitalières (URBH)
GIRARD	Didier	Président de l'union des ingénieurs en restauration hospitalière
GOUTTE	Patricia	Directrice des soins, R. Ballanger, Vice présidente de l'ANCIM
GRENIER	Jean Marc	Président AFDS
GRENIER	Jean Marc	Président de l'association française des directeurs des soins,

		CGS, CHU de Grenoble
GRESY	Brigitte	IGAS
GULLON	Brigitte	CS, accueil urgence chirurgicale
HALIMI	Yvan	Président de la conférence des présidents de CME de CHS
HART	Christophe	CS, hématologie, CH de Roubaix
HILLION	Karine	Cadre supérieur sage femme, cadre de pôle, hôpital Cochin, AP-HP
HIOLLE	Catherine	CS formateur école d'IADE, AP-HP
HOARAU	Gisèle	CSS, cadre du pôle cancérologie, hôpital de la Pitié Salpêtrière, AP-HP
IONESCU BALHAWAN	Cristina	Cadre IBODE, HEGP, AP-HP
JARRAYA	Michèle	Directrice de l'IFSI Antoine Béclère, AP-HP
JOLLY	Claude	Adjoint au chef du service de la stratégie de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle, DGESIP
KAELBEL	Maria	CSS pôle imagerie, CH de Colmar, présidente de l'association nationale des cadres infirmier et médico-technique (ANCIM)
KINET	Sylvie	Adjointe à la directrice de l'IFCS de l'AP-HP
KOZLOWSKI	Joëlle	Présidente CEFIEC
LABORDE-CHIOCCA	Martine	Adjointe à la sous-directrice des ressources humaines du système de santé, DGOS
LABROUSSE	Philippe	H 360
LAMIRE	Franck	CSS formateur à l'IFCS de l'AP-HP
LAMOTTE	France	DRH, CHU de Grenoble
LAMURE	Marc	Directeur, FORMAHP
LE GUEN	Yannick	Sous directeur du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins, DGOS
LE SPEGAGNE	David	Directeur associé, ANAP
LEBACQ	Sabine	CS, bloc et unité d'hospitalisation ambulatoire, CH de Roubaix
LEDOYEN	Jean-René	Responsable formation des directeurs des soins, EHESP
LEDOC	Florence	Directrice du pôle formation, FEHAP
LEGARÇON	Agnès	Cadre de pôle à l'hôpital Béclère, AP-HP
LENFANT	Nadine	CS formateur, IFSI Ambroise Paré, AP-HP
LERAY	Mélanie	Chargée de mission, GPEC, observatoire des métiers et des compétences, FNCLCC
LETERME	Joëlle	CS formateur IFMK, AP-HP
LOPES	Marie-France	CS formateur école d'IADE, AP-HP
LUSSIEZ	Cédric	Directeur de la communication, FHF
MAJCHRZAK	Catherine	CS, bloc opératoire central, CH de Roubaix
MAQUET	Brigitte	CS, urgences - plan Blanc / chambre mortuaire, CH de Roubaix
MARCHAND	Catherine	Secrétaire fédérale, fédération CFDT santé sociaux
MARRELLEC	Sophie	CSS, cadre de pôle, hôpital Bichat, AP-HP
MARTIN	Eric	Président de H360, association nationale des cadres et experts techniques hospitaliers
MARTIN	François	CGS des HCL
MATTEI	Jean-François	Président de la Croix Rouge française, CRF
MENAND	Alain	Directeur des formations et diplômes, AERES

MESSIEN	Alain	Coordonnateur général des soins, CH de Roubaix
MEUNIER	Anne	Secrétaire national, Syncass-CFDT
MICHEL	Alain	Président de l'ANFH
MICHON	Daniel	Directeur de l'IFCS, CHU de Grenoble
MISPELBLOM-BEYER	Frederik	Professeur de sociologie à l'université d'Evry, directeur du département AES et IUP ADT
MOALLIC	Chantal	CS formateur, IFSI Antoine Béclère, AP-HP
MONGUILLON	Dominique	Conseillère pédagogique, DGOS
OLLIVIER	Roland	Directeur de l'institut du management, EHESP
OUHARZOUNE	Yasmina	Directrice des revues du pôle santé & Soins, rédactrice en chef Elsevier Masson
OULD ALI	Samir	Ingénieur chef, DRH, CH de Roubaix
PASTOL	Nicole	Vice présidente CEFIEC chargée de la formation
PAUL	Emilie	Architecte, direction des services techniques, CH de Roubaix
PENAUD	Marc	DGA, CHU de Grenoble
PEURICHARD	Hubert	Directeur délégué au management et à la conduite du changement, siège, AP-HP
PIOCH	Stéphanie	Directrice des affaires médicales, CHU de Grenoble
PIVERT	Gilles	Membre du conseil d'administration de l'AFIB
PLANCHER	Denis	Fédération CFDT santé sociaux
PODEUR	Annie	DGOS
POURRIERE	Jean Louis	Directeur des études, EHESP
PROTEAU	Mathieu	TSH, restauration, hôpital de la Pitié Salpêtrière, AP-HP
PROTEAU	Mathieu	TSH restauration, Pitié Salpêtrière, AP-HP
PRUDHOMME	Nicole	CS, recrutement / pool central / brancardage, CH de Roubaix
QUILLET	Emmanuelle	Sous directrice des ressources humaines du système de santé DGOS
RAPON	Catherine	CSS formateur à l'IFSI de la Pitié Salpêtrière, AP-HP
RAZO	Graziella	Ufmict-CGT
REICHERT	Robert	Conférence des DG de CHU
RENAUD	André	Délégué national, SNCH
RICHETER	Catherine	CSS, pôles anesthésie et réanimation
RICOMES	Monique	DRH de l'AP-HP
ROSENBLATT	Michel	Secrétaire général, Syncass-CFDT
ROTHAN-TONDEUR	Monique	Directeur du département de sciences infirmières et paramédicales de l'EHESP
ROUZEAU	Christine	Chef du personnel, Hôpital Necker, AP-HP
RUCARD	Patricia	Adjointe au chef de bureau, RH1, DGOS
SALA	Jean-Marie	Fédération Sud Santé Sociaux
SECHAUD	Elodie	AAH, pôle médecine aigüe et communautaire
SECHER	Jérémie	Directeur de cabinet du délégué général, FHF
STALLIVIERI	Philippe	Vice président, Ingénieurs hospitaliers de France (IHF)
SYLVESTRE	Carole	CSS, pôle digestif et urologie
TAHRI	Nadia	Faisant fonction de cadre, CH de Roubaix
TERMENS	Jean	Chargé de mission, union des ingénieurs en restauration hospitalière



VALLADE	Laurence	CS, transplantation rénale adulte, hôpital Necker, AP-HP
VALLET	Guy	IGAS
VASSEUR	Roselyne	CGS de l'AP-HP
VERDUN	François	DRH, CHU de Grenoble
VERRIER	Bernard	CGES
VIDAL-BOYER	Hélène	Responsable du pôle ressources humaines, FHF
VIGNEAU	Hélène	CSS, CH R. Ballanger, vice présidente de l'ANCIM
VIGNERON	Bertrand	Responsable formation des ingénieurs hospitaliers, EHESP
VINCENT	Gérard	Délégué général de la FHF
VOLEON	Franck	Responsable formation des AAH, EHESP
WINTREBERT	Anne	Chargée de mission, ARF



## Annexe 1 : Liste des IFCS

IFCS	Ville	Région	Capacité d'accueil
Aix en Provence SIHPA	Aix en Provence	PACA	65
Amiens CHU	Amiens	Picardie	50
Angers CHU	Angers	Pays-de-la-Loire	50
Bastia IRFCS	Bastia	Corse	0
Besançon CHU	Besançon	Franche-Comté	35
Bordeaux Ch. Perrens	CHS	Aquitaine	45
Bordeaux CHU	Pessac	Aquitaine	45
Brest CHU	Brest	Bretagne	35
Bron Le Vinatier	Bron	Rhône-Alpes	67
Caen	Caen	Basse-Normandie	30
Clermont Ferrand	Clermont Ferrand	Auvergne	35
Dijon CHU	Dijon	Bourgogne	36
Grenoble CHU	Grenoble	Rhône-Alpes	58
IFCS CRF	Douai	Nord Pas de Calais	40
Lamorlaye Bois Larris CRF	Lamorlaye	Picardie	50
Lille CHRU	Lille	Nord-Pas-de-Calais	65
Lille IFCS Univ.cath.	Lille	Nord	40
Limoges CHU	Limoges	Limousin	25
Lyon HCL	Lyon	Rhône-Alpes	68
Marseille IRFS AP-HM	Marseille	PACA	105
Montpellier CHRU	Montpellier	Languedoc-Roussillon	40
Nancy CHU	Nancy	Lorraine	50
Nancy Laxou	Nancy	Lorraine	30
Nantes CHU	Nantes	Pays-de-la-Loire	60
Nice CRF	Nice	PACA	55
Paris CRF	Paris	Île-de-France	132
Paris AHP	Paris	Île-de-France	185
Paris institut supérieur Montsouris	Paris	Ile-de-France	50
Paris Sainte Anne	Paris	Île-de-France	90
Pau CH	Pau	Aquitaine	40
Poitiers	Poitiers	Poitou-Charentes	35
Reims CHU	Reims	Champagne-Ardenne	42
Rennes	Rennes	Bretagne	50
Rouen CHU	Rouen	Haute-Normandie	45
Saint Etienne CHU	Saint Etienne	Rhône-Alpes	61
Strasbourg	Strasbourg	Alsace	45
Toulouse CHU	Toulouse	Midi-Pyrénées	50
Tours	Tours	Centre	55
Ville-Evrard EPS	Neuilly sur Marne	Ile de France	30
Total			2089

Source : CEFIEC



## Annexe 2 : Principales modifications relatives aux formations proposées par la mission

Tableau 1 : La formation des cadres de santé

Caractéristiques de la formation	Formation actuelle	Formation proposée
<b>Organisme délivrant de la formation</b>	IFCS	IFCS
<b>Séquençage de la formation</b>	6 modules	3 temps
<b>Durée des enseignements théoriques-études de cas, retours d'expériences</b>	24/26 semaines	A définir (DGOS)
<b>Durée des stages</b>	13/15 semaines	15 semaines
<b>Diplôme</b>	Cadre de santé	Cadre de santé + équivalence 60 ECTS
<b>Délivré</b>	DRJSCS	DRJSCS + établissement d'enseignement supérieur
<b>Conventionnement IFCS/enseignement supérieur</b>	Pas obligatoire	Obligatoire
<b>Cout moyen (par an et par étudiant)</b>	10 000€	Inchangé
<b>Repérage des futurs cadres</b>	Très répandu	Fortement recommandé
<b>Accompagnement</b>	Assez répandu	Fortement recommandé
<b>Cours commun avec d'autres cadres hospitaliers</b>	Formation continue	Formation continue +++ (y compris médecins et directeurs) Formation initiale : TSH, ACH

Tableau 2 : La formation des cadres supérieurs de santé

Caractéristiques de la formation	Formation actuelle	Formation proposée
<b>Organisme délivrant de la formation</b>	Sans objet (SO)	Etablissement d'enseignement supérieur (EES)
<b>Séquençage de la formation</b>	SO	3 temps
<b>Durée des enseignements théoriques-études de cas, retours d'expériences</b>	SO	A définir (EES)
<b>Durée des stages</b>	SO	A définir (EES)
<b>Diplôme</b>	SO	Master
<b>Délivré</b>	SO	Etablissement d'enseignement supérieur
<b>Conventionnement IFCS/enseignement supérieur</b>	SO	Fortement recommandé
<b>Cout moyen (par an et par étudiant)</b>	SO	2000/6000€
<b>Repérage des futurs cadres supérieurs</b>	Très répandu	Fortement recommandé
<b>Accompagnement</b>	Assez répandu	Fortement recommandé
<b>Cours commun avec d'autres cadres hospitaliers</b>	Formation continue	Formation continue +++ (y compris médecins et directeurs) Formation initiale : DH, DS, D3S, IH, AAH etc.

Tableau 3 : Les AAH

Caractéristiques de la formation	Formation actuelle	Formation proposée
<b>Organisme délivrant de la formation</b>	EHESP	EHESP
<b>Séquençage de la formation</b>	2 x 6 mois 7 UE	1 an 2 axes
<b>Durée des enseignements théoriques-études de cas, retours d'expériences</b>	6 mois	8 mois
<b>Durée des stages</b>	6 mois	4 mois
<b>Diplôme</b>	Attestation de formation	Idem + Equivalences d'ECTS si poursuite de parcours
<b>Conventionnement IFCS/enseignement supérieur</b>		Conseillé
<b>Cout moyen (par an et par étudiant)</b>	Comprise dans les cotisations	Inchangé <sup>63</sup>
<b>Cours commun avec d'autres cadres hospitaliers</b>	Formation continue	Formation continue +++ Formation initiale : CSS, DH, DS, D3S, IH, etc.
<b>Formation des contractuels</b>	Formations ciblées/ besoins du poste	FAE

Tableau 4 : Les IH

Caractéristiques de la formation	Formation actuelle	Formation proposée
<b>Organisme délivrant de la formation</b>	EHESP	EHESP
<b>Séquençage de la formation</b>	6 modules	Un module supplémentaire
<b>Durée de la formation</b>	6 semaines	A définir (EHESP)
<b>Diplôme</b>		Validation obligatoire de chaque module + Equivalences d'ECTS si poursuite de parcours
<b>Conventionnement IFCS/enseignement supérieur</b>		Conseillé
<b>Cout moyen (par an et par étudiant)</b>	4 500€	Augmentation mesurée
<b>Cours commun avec d'autres cadres hospitaliers</b>	Formation continue	Formation continue +++ Formation initiale : CSS, DH, DS, D3S, AAH, etc.
<b>Formation des contractuels</b>	Ponctuelle	Obligatoire

Tableau 5 : Les ACH

Caractéristiques de la formation	Formation actuelle	Formation proposée
<b>Organismes délivrant de la formation</b>	Organismes de formation continue	IFCS (et autres)
<b>Séquençage de la formation</b>	4 modules	3 temps
<b>Durée des enseignements théoriques-études de cas, retours d'expériences</b>	9 semaines	10 semaines
<b>Durée des stages</b>	3 semaines	2 semaines
<b>Diplôme</b>		Equivalences d'ECTS si poursuite de parcours
<b>Cout</b>		Peu de modifications
<b>Cours commun avec d'autres cadres hospitaliers</b>	Formation continue	Formation continue +++ FAE : CS, TSH
<b>Formation des contractuels</b>	Ponctuelle	Obligatoire

<sup>63</sup> Comme vu supra, la cotisation des établissements n'augmentera pas. En revanche, pour les établissements n'auront plus à supporter le traitement des stagiaires, au moins pour les externes, la titularisation intervenant à la fin de l'année de formation à l'EHESP.

Tableau 6 : Les TSH

<b>Caractéristiques de la formation</b>	<b>Formation actuelle</b>	<b>Formation proposée</b>
<b>Organismes délivrant de la formation</b>	Organismes de formation continue	IFCS (et autres)
<b>Séquençage de la formation</b>	4 modules	3 temps
<b>Durée des enseignements théoriques-études de cas, retours d'expériences</b>	9,5 semaines	10 semaines
<b>Durée des stages</b>	2,5 semaines	2 semaines
<b>Diplôme</b>		Equivalences d'ECTS si poursuite de parcours
<b>Coût</b>		Peu de modifications
<b>Cours commun avec d'autres cadres hospitaliers</b>	Formation continue	Formation continue +++ FAE : CS, ACH
<b>Formation des contractuels</b>	Ponctuelle	Obligatoire

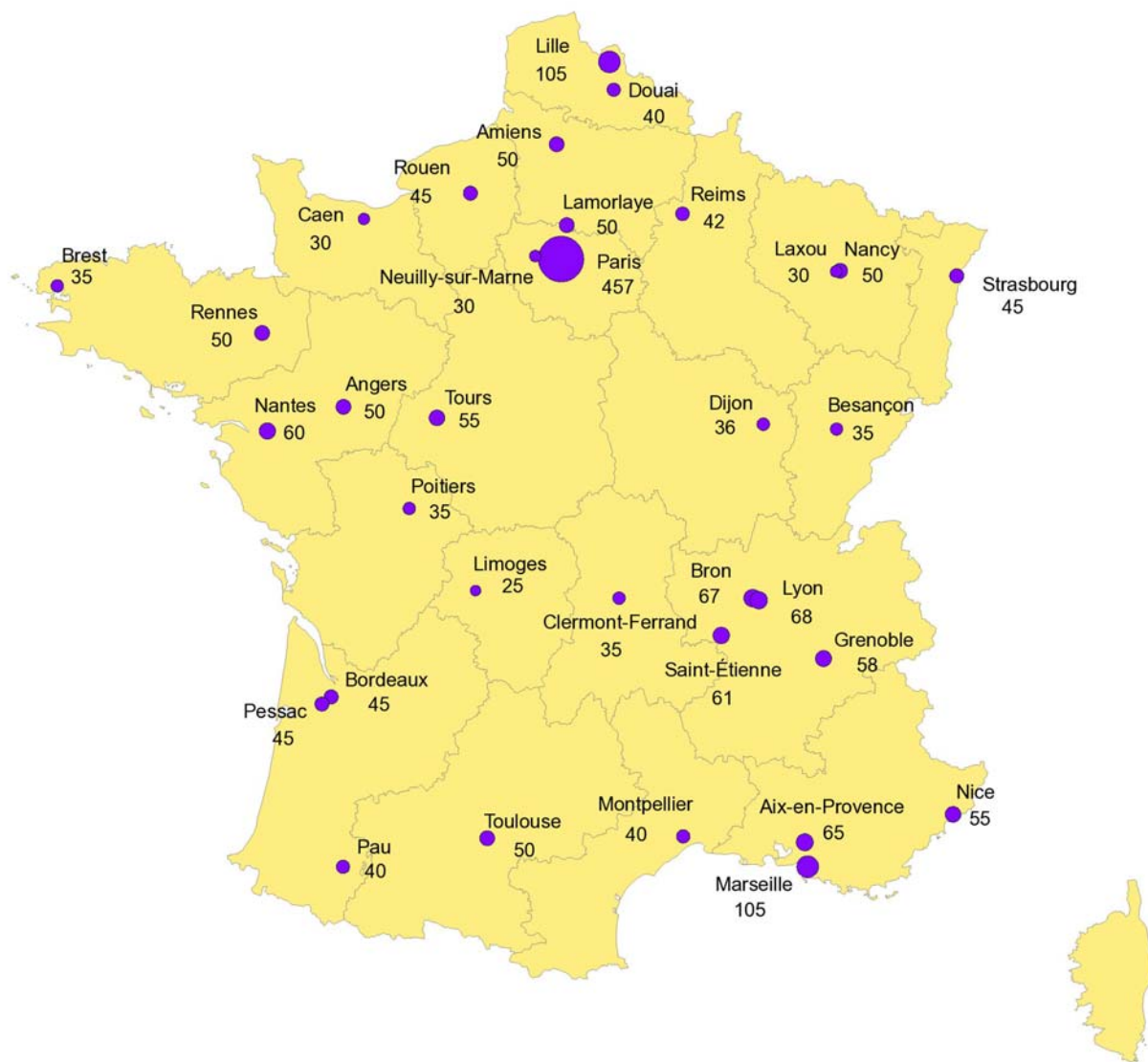








## Annexe 4 : Localisation et capacités des IFCS





## Sigles utilisés

AAH	Attaché d'administration hospitalière
ACH	Adjoint des cadres hospitalier
AERES	Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur
AFDS	Association française des directeurs de soins
ANAP	Agence national d'appui à la performance
ANFH	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
AP-HP	Assistance publique-Hôpitaux de Paris
ARF	Association des régions de France
ARS	Agence régionale de santé
CAFDES	Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement social ou de service d'intervention sociale
CAFERUIS	Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale
CEFIEC	Comité d'entente des formations infirmières et cadres
CFDT	Confédération française démocratique du travail
CFE-CGC	Confédération française de l'encadrement-confédération générale de l'encadrement
CFTC	Confédération française des travailleurs chrétiens
CGES	Conseiller général des établissements de santé
CGS	Coordonnateur général des soins
CGT	Confédération générale du travail
CH	Centre hospitalier
CHR	Centre hospitalier régional
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CME	Commission médicale d'établissement
CNESER	Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CPP	Cadre paramédical de pôle
CPU	Conférence des présidents d'universités
CRF	Croix-Rouge française
CS	Cadre de santé
CSS	Cadre supérieur de santé
DEI	Diplôme d'Etat infirmier
DH	Directeur d'hôpital
DG	Directeur général
DGESIP	Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIF	Droit individuel à la formation
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRJSCS	Directeur(ion) régional(e) de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
DS	Directeur des soins

---

D3S	Directeur d'établissements sanitaire, sociaux et médico-sociaux
ECTS	Système européen de transfert et d'accumulation de crédits (European Credits Transfer System)
EES	Etablissement d'enseignement supérieur
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
ETP	Equivalent(s) temps plein
FAE	Formation d'adaptation à l'emploi
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne à but non lucratif
FF	Faisant-fonction
FHF	Fédération hospitalière de France
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FNCLCC	Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer
FO	Force ouvrière
FORMAHP	Formation hospitalière et médicosociale privée
FPH	Fonction publique hospitalière
GRH	Gestion des ressources humaines
HAD	Hospitalisation à domicile
HCL	Hospices civils de Lyon
HDJ	Hôpital de jour
HEGP	Hôpital européen Georges Pompidou
HL	Hôpital local
HPST	Hôpital patients santé et territoires
IADE	Infirmier(e) anesthésiste diplômé(e) d'Etat
IAE	Institut d'administration des entreprises
IBODE	Infirmier(e) de bloc opératoire diplômé(e) d'Etat
IDE	Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat
IEP	Institut d'études politiques
IFCS	Institut de formation des cadres de santé
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
IFMK	Institut de formation en masso-kinésithérapie
IGA	Inspection générale de l'administration
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IGF	Inspection générale des finances
IH	Ingénieur hospitalier
IRSM	Institut régional du management en santé
L	Licence
LMD	Licence-master-doctorat
M	Master
MK	Masseurs-kinésithérapeutes
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professionnels de santé
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé
ONEMFPH	Observatoire national des emplois et des métiers de la Fonction publique hospitalière
PFR	Prime de fonctions et de résultats
RH	Ressources humaines
RTT	Réduction du temps de travail
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé

---

SNCH	Syndicat national des cadres hospitaliers
SO	Sans objet
SPE	Statistique personnels des établissements de santé
SYNCASS	Syndicat des cadres de direction, médecins, dentistes, et pharmaciens des établissements sanitaires et sociaux publics et privés
T2A	Tarifification à l'activité
TSH	Technicien supérieur hospitalier
UE	Unité d'enseignement
VAE	Validation des acquis de l'expérience
VAP	Validation des acquis professionnels





## Bibliographie

De SINGLY C., Rapport sur « le rôle, les missions, la formation et la valorisation des cadres hospitaliers », remis à la ministre de la santé et des sports le 11 septembre 2009, 124p.

L'évolution de la fonction cadre, Revue Soins cadres, août 2010, n° 75.

DREES, Les impacts de la T2A sur les modes d'organisation et de fonctionnement des établissements de santé, Dossier Solidarité et santé, 2010, n° 16.

L'évaluation des compétences, Revue Soins cadres, supplément au n° 74, mai 2010.

LE GRALL J-M., La nouvelle fracture sociale, Etudes, avril 2010, n° 4124, p 463472.

ONEMFPH, Facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics, Etude prospective des métiers sensibles de la FPH, tome 1, Editions de l'ENSP, 2007, 207p.

ONEMFPH, Monographies de 10 métiers et groupes de métiers sensibles, Etude prospective des métiers sensibles de la FPH, tome 2, Editions de l'ENSP, 2007, 326 p.

DREES, La formation aux professions de santé en 2008, novembre 2009, n°139.

HOULE L., Leadership des cadres intermédiaires, initiatives de renforcement au CHU de Sherbrooke, Québec, Revue hospitalière de France, mars-avril 2010, n° 533, p82-90.

ZEGGAR H., VALLET G., Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé, IGAS, La documentation française, février 2010, 123p.

DE SAINT PULGENT N., DORISSON A, O'MAHONY P., MAUSS H., DE CHERGE S., RAYROLES P., BERTHOD-WURMSER M., Evaluation des transferts de charges liés à la décentralisation aux régions du financement des écoles paramédicales et de sages femmes et des aides aux étudiants, IGF-IGAS-IGA, La documentation française, janvier 2008, 49p.

