

Ecole Nationale de la Santé Publique

MEMOIRE D'ELEVE DIRECTEUR D'HOPITAL

**LA GESTION PRÉVISIONNELLE DES EMPLOIS ET DES
COMPÉTENCES : LES PRÉMICES D'UNE EXPÉRIENCE AU
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE NICE**

MARC LECARDEZ

Promotion 1998-2000

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
---------------------------	---

Partie I : L'appropriation théorique et méthodologique de la GPEC	9
--	---

I - POURQUOI PARLONS NOUS AUJOURD'HUI DE GPEC ?	9
I.1 - <i>Rappels historiques</i>	9
a- La planification des ressources humaines débute dans le secteur industriel.....	9
b- la G.P.E.C. est introduite dans les hôpitaux.....	10
I.2 – <i>La définition des concepts</i>	13
• La Gestion prévisionnelle de emplois et des compétences.....	13
• Les compétences – référentiel de compétences.....	14
• Les métiers – répertoire des métiers	15
• L'emploi.....	16
• Le poste de travail.....	16
• La fonction.....	17
• Le grade – le corps	17
• Besoins et ressources	17
II- AVANT DE S'ENGAGER, ANALYSER LES ENJEUX	18
II.1 – <i>Les hôpitaux doivent appréhender l'évolution de leur environnement</i>	18
a- Un enjeu global : la maîtrise du changement	18
b- Pour éviter l'exclusion.....	21
II.2 – <i>Le CHU de NICE a évalué les enjeux internes et externes de la GPEC</i>	23
a- Les circonstances d'ordre interne :.....	23
• Le projet d'établissement	23
• Le projet social	23
• Un enjeu démographique important.....	24
• Des changements organisationnels.....	25
• La démarche qualité	25
b- des circonstances d'ordre externe :.....	26
• L'incitation du ministère, des Agences régionales de l'hospitalisation.....	26
• L'accréditation	26
• Le poids de la législation	28
• Une pression budgétaire plus forte.....	28
• Des évolutions technologiques.....	28
III – S'ASSURER DE L'INTÉGRATION DE GPEC DANS UN PLAN STRATÉGIQUE.	29
III.1- <i>La GPEC doit s'inscrire dans le prolongement d'une démarche stratégique globale</i>	29
a- L'approche stratégique dans les hôpitaux.....	29
b- La GPEC permet la cohérence entre stratégie et gestion des ressources humaines.....	30
III.2- <i>Elle est une démarche opérationnelle et pragmatique</i>	31
a- La GPEC est une démarche, pas la somme d'outils.....	31
b- La GPEC doit se décliner en actions de gestion des ressources humaines.....	32
c- La démarche s'inscrit dans une stratégie de communication et de transparence.....	32
III.3 – <i>Le projet de GPEC s'appuie sur une analyse des pré-requis</i>	32
a- La qualité des informations	33
b- Maîtrise du cadre réglementaire.....	34

Partie II : Vers une démarche opérationnelle de mise en œuvre d'une GPEC ..	36
--	----

I - LE REPÉRAGE DE GRADES SENSIBLES POUR CIBLER L'ACTION	38
I.1 - <i>Le diagnostic démographique</i>	38
a- La structure globale du personnel.....	40
• Répartition des emplois permanents par secteurs d'activité	40
• Répartition des emplois permanents par catégories.....	40
• Analyse des pyramides des Ages de l'ensemble du personnel.....	41
• La pyramide d'ancienneté dans la structure.....	43

b – Des exemples de pyramides qui doivent alerter.....	45
• Les cadres supérieurs : une population vieillissante.....	45
• Les sages-femmes : une population très jeune.....	47
• Les infirmières spécialisées en puériculture : une population très hétérogène.....	48
c - En synthèse.....	49
I.2 - L'évolution du cadre réglementaire.....	49
a - Les mesures réglementaires ayant des effets quantitatifs et qualitatifs.....	51
• L'exemple des décrets sur la périnatalité.....	51
• Les autres secteurs concernés : l'anesthésie, les urgences.....	54
b - Les textes ayant une incidence sur la qualification des agents.....	56
• L'habilitation à utiliser un défibrillateur semi-automatique.....	56
• L'impossible qualification des infirmiers affectés dans les blocs opératoires ?.....	57
• Les autres textes.....	58
I.3 - Les évolutions organisationnelles et technologiques.....	60
a- Changements organisationnels :.....	60
b- Changements technologiques :.....	61
II- LA PRÉPARATION DES OUTILS GPEC.....	63
II.1 - La fonction veille.....	63
II.2 - La fonction prospective.....	64
II.3 - La politique de recrutement.....	65
II.4 - La politique de formation.....	67
II.5 - L'évaluation individuelle.....	68
II.6 - L'organisation du travail.....	69
Partie III : Les limites de la démarche au CHUN.....	70
I – LA MOBILISATION DES ACTEURS EST UNE DES CLÉS DU SUCCÈS.....	70
I.1 - La conduite du projet GPEC.....	70
I.2- Les acteurs mobilisés.....	71
a- Le comité de pilotage.....	71
b- L'équipe de projet.....	71
c- Les cadres de proximité.....	72
d- Le rôle des représentants du personnel.....	72
e- Les instances représentatives.....	73
II – LA POURSUITE DE L'APPROCHE CONCEPTUELLE.....	73
II.1– Le répertoire des métiers propre au CHUN.....	73
a- Est-il indispensable?.....	73
b- Les interrogations qu'il suscite.....	74
II.2 – Le référentiel des compétences.....	76
a- L'évaluation « statutaire » est insuffisante.....	76
b- L'évaluation au CHU de Nice.....	77
c- Comment appréhender la compétence (méthodologie).....	78
d- Les débuts d'une mise en pratique au CHUN.....	79
e- La formalisation de l'évaluation des compétences au CHUN.....	80
CONCLUSION.....	83
Bibliographie.....	85
Liste des annexes.....	87

INTRODUCTION

La création du centre hospitalier universitaire de Nice (CHUN) est relativement récente puisqu'elle date d'un décret de 1965, faisant ainsi de Nice l'un des derniers Centres Hospitaliers Universitaires fondé en France. Depuis lors, l'établissement n'a cessé de se transformer et de se moderniser pour assumer pleinement son rôle de pôle d'excellence. L'actuel plan directeur qui s'achèvera en 2000 marquera l'achèvement d'une restructuration importante articulée autour de quatre sites géographiques, organisés en pôles de prise en charge cohérents pour assurer un meilleur service à la population.

A l'ouest de la ville, l'hôpital de l'Archet est constitué d'un premier ensemble monobloc construit en 1979 et d'un tout nouveau bâtiment mis en service en 1996. Cet hôpital regroupe le pôle mère-enfant, le pôle locomoteur, le pôle digestif et les médecines spécialisées.

A l'est de Nice, l'hôpital Pasteur est une structure pavillonnaire conçue dans les années 1910. Cet ensemble accueille le pôle cardio-vasculaire, le pôle pneumothorax, le pôle organes des sens et le pôle uro-néphrologie.

Au centre ville, l'hôpital monobloc de Saint-Roch constitue le pôle de prise en charge des urgences adultes, de la traumatologie, l'odontologie, la chirurgie réparatrice et l'ophtalmologie.

Enfin, sur les hauteurs de la ville, l'hôpital de Cimiez est un pôle gérontologique avec une activité de moyen et de long séjour, et il abrite la direction générale de l'établissement. Une maison de retraite située à l'intérieur du département, à Tende, est également gérée par le CHUN.

L'ensemble de ces implantations totalise plus de 2200 lits et places, et réalise annuellement 68000 admissions et plus de 550000 consultations. Cette activité est assurée par plus de 6 400 agents et génère un budget de 2,4 milliards de francs.

La structure même de l'établissement n'est pas neutre pour son organisation. La dispersion des services sur quatre sites induit inévitablement certaines contraintes tant pour les patients que pour le personnel. Malgré les regroupements par pôles d'activité, de nombreux transferts de malades sont effectués quotidiennement. Pour le personnel, la mobilité géographique doit être conciliée avec la vie familiale. Professionnellement, il faut s'adapter à une nouvelle équipe, de nouvelles pratiques, voire une nouvelle culture d'établissement...

Ces problèmes d'organisation ne sont cependant pas spécifiques au CHUN. L'hôpital, entreprise de main d'œuvre est, au même titre qu'une autre entreprise, confronté à un environnement qui évolue, à une concurrence parfois intense ou encore à des conflits internes marquant les divergences des acteurs qui la font vivre. L'institution ne peut donc demeurer stable, elle est continuellement en mouvement, en adaptation ou plus profondément en restructuration.

Ces évolutions se répercutent naturellement sur le personnel. A l'heure où l'on met en place des emplois jeunes basés sur la création de nouveaux métiers, il faut aussi reconnaître au sein de l'hôpital d'une part une modification des métiers existants et d'autre part une modification des conditions d'exercice de ces métiers. Cette évolution doit être replacée dans un contexte plus large qui oriente vers la réduction du temps de travail (projet des 35 heures, temps partiel) et une plus grande adaptabilité de l'emploi (annualisation du temps de travail, flexibilité). Par ailleurs, le débat national sur la maîtrise des dépenses de santé se répercute inmanquablement sur l'hôpital dont le budget est consacré à près de soixante-dix pour-cent à la rémunération des agents. Avec les efforts d'économie sur les dépenses médicales et hôtelières, le CHUN doit aussi contrôler ses dépenses en personnel.

La gestion des ressources humaines doit donc prendre en compte et anticiper ces changements, ce qui suppose une ouverture vers de nouvelles orientations pour la gestion du personnel. Ceci se concrétise à Nice dans une première étude expérimentale d'aménagement du temps de travail sur deux services de long séjour, dans la mise en

œuvre d'une nouvelle procédure d'évaluation des agents et dans une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC).

L'établissement a déjà connu d'importantes opérations de restructurations avec un impact fort sur le personnel : la blanchisserie en 1992 et la cuisine centrale en 1994 devenue la première cuisine hospitalière certifiée ISO 9002. Ces opérations ont été conduites avant l'engagement de ces « réformes » internes dans la gestion du personnel et notamment sans qu'une démarche de GPEC n'ait été évoquée. Malgré cela, les restructurations se sont faites, mais dans quelles conditions ? Nous pouvons à posteriori nous interroger sur l'apport qu'aurait pu représenter une GPEC dans ces projets.

- La négociation sociale qui s'est avérée parfois difficile aurait-elle pu être facilitée ?
- Le calendrier des projets pouvait-il être réduit ?
- Les redéploiements des agents ont-ils été basés sur une analyse des compétences face aux nouvelles missions des services restructurés ?

La direction du centre hospitalier est convaincue que de nouvelles restructurations ou des réorganisations seront en permanence nécessaires pour que la structure de l'hôpital s'adapte de manière à assurer ses missions d'établissement public de santé. Deux facteurs lourds de conséquences alimentent cette réflexion.

D'une part, la nouvelle procédure d'accréditation dans laquelle le CHUN s'est engagé de manière volontariste représente un défi important pour l'ensemble du personnel qui doit culturellement s'engager dans une logique d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité des prestations réalisées.

D'autre part, la réforme du mode d'allocation budgétaire mise en place par les ordonnances de 1996 modifie profondément l'équilibre budgétaire de l'établissement. Avant 1997, l'établissement connaissait une légère croissance de sa dotation. Ceci lui permettait notamment de pourvoir à l'ensemble de ses postes budgétaires autorisés et par une gestion rigoureuse, de dégager des soldes d'exploitation excédentaires lui permettant de financer les importants programmes d'investissement engagés pour moderniser le CHUN (plus de 700 millions de francs sur les trois dernières années). Aujourd'hui la situation est totalement inverse. La politique du renforcement de la capacité

d'autofinancement de l'établissement menée jusqu'alors est remise en cause puisque le cycle d'exploitation ne permet plus de dégager des soldes excédentaires et surtout, l'évolution du tableau des emplois doit être contenue voire réduite. Depuis deux ans, le total des effectifs rémunérés figurant au bilan social est en légère diminution. Il apparaissait au bilan social de 1998 un effectif total rémunéré de 5 630 agents au lieu de 5 745 en 1997.

Par ailleurs, aujourd'hui la direction des ressources humaines (DRH) assume son métier de base centré autour de la gestion administrative des carrières, du recrutement à la retraite... C'est une gestion globale des effectifs qui n'est pas suffisamment personnalisée pour répondre aux aspirations de chacun. Elle ne permet pas non plus de s'assurer que l'institution possède réellement des compétences dont elle doit disposer aujourd'hui et dont elle aura besoin demain pour remplir ses missions.

A partir de ce bilan formalisé lors d'un audit interne en 1997, l'établissement s'est engagé dans une démarche de modernisation de sa gestion du personnel.

A ce titre, une nouvelle procédure d'évaluation des agents a été mise en œuvre après la formation des 400 cadres chargés de la notation. Cette démarche d'évaluation annuelle des agents s'appuie sur un entretien individuel permettant d'estimer objectivement la contribution de l'agent à la réalisation des missions de l'institution et de formaliser un contrat de progrès et l'expression de ses souhaits pour l'avenir.

Parallèlement, la direction du centre hospitalier a décidé d'engager une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences lui permettant d'anticiper et d'accompagner les changements à venir qui auront une incidence sur le personnel. Cette décision d'engager une politique de GPEC s'est forgée en plusieurs étapes :

1 - D'abord une étude conceptuelle à partir de l'observation de ce qui s'est déjà fait, de la définition des enjeux puis surtout, de la conviction d'une nécessaire cohérence de cette démarche avec la stratégie globale de l'établissement (partie I).

2- Un choix délibéré d'introduire la GPEC par palliers et non pas en global, ce qui se traduit par un ciblage des premières actions sur des métiers sensibles et par la préparation de quelques outils opérationnels (partie II).

3 - Un repérage des limites et des faiblesses de la démarche, de manière à continuer le travail méthodologique et conceptuel permettant de supprimer progressivement ces limites (partie III)

A travers ce cheminement illustré par la démarche spécifique du centre hospitalier universitaire de Nice, nous verrons que la GPEC est encore peu développée dans les hôpitaux, et nous pourrions nous interroger sur les facteurs de cet échec relatif. Enfin, il sera pertinent de s'interroger sur ce qui peut aujourd'hui inciter les hôpitaux, à l'instar du CHUN, à se lancer dans la GPEC. N'est-elle qu'un phénomène de mode ou est-elle aujourd'hui une réponse adaptée à un besoin réel ?

* *
*

Partie I : L'appropriation théorique et méthodologique de la GPEC

La GPEC n'est pas un concept totalement nouveau dans les hôpitaux même si peu d'entre eux la pratique aujourd'hui. A l'instar de nombreuses techniques ou démarches de gestion elle a été introduite dans les établissements publics de santé après avoir été lancée dans le secteur industriel et privé. Si quelques hôpitaux s'investissent progressivement dans cette démarche, ils doivent préalablement en avoir évalué les enjeux et l'intégrer dans une démarche stratégique globale car la GPEC ne saurait être une fin en soi.

I - Pourquoi parlons nous aujourd'hui de GPEC ?

I.1 - Rappels historiques

a- La planification des ressources humaines débute dans le secteur industriel.

Le mouvement de réflexion sur l'anticipation stratégique ou prévisionnelle en ressources humaines est lancé à la fin des années 60. Sans pouvoir attribuer une parenté au concept de planification de main d'œuvre sa définition se trouve dans une littérature abondante et se résume ainsi : « The right man at the right place at the right time¹ ». Il s'agit là d'une approche très taylorienne de l'adaptation emploi – ressource ou individu – organisation. La planification a pour principal objectif d'assurer l'équilibre entre l'offre et la demande de travail, elle reste essentiellement collective et quantitative.

Dans les années 70 qui marquent le début d'une nouvelle période de récession, se développe parallèlement le concept de planification de carrière qui se décline à deux niveaux. D'une part, la planification organisationnelle de carrière qui vise la satisfaction conjointe des besoins individuels et des intérêts organisationnels. D'autre part, la

¹ « la bonne personne, à la bonne place, au bon moment »

planification individuelle de carrière qui s'intéresse aux personnes, à leurs besoins, leurs compétences et désirs pour le futur. L'approche conserve son caractère collectif mais tente d'y adjoindre une dimension individuelle et qualitative qui caractérise le concept de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Les chefs d'entreprises réalisent que la compétitivité ne dépend pas seulement de l'optimisation de la gestion des processus de production, mais aussi d'une augmentation de la qualification de tous les salariés.

Cette notion acquiert une écoute notamment à partir des travaux conduit par l'association « Développement et emploi ». Dominique THIERRY résume alors la GPEC à un questionnaire sur les risques stratégiques qu'engendre un défaut de compétences, sur le risque social du maintien des ressources humaines en l'état et sur l'apport en terme de compétitivité des organisations qualifiantes par rapport aux organisations tayloriennes.

Les premières expériences de mise en œuvre de cette nouvelle approche de la gestion des ressources humaines sont généralement liées à des problèmes de réduction de sureffectifs. Il s'agit par exemple de reconvertir une partie du personnel de la production qui est largement automatisée vers le secteur commercial ou d'après vente (IBM). Ces premières expériences restent marquées par une dimension essentiellement quantitative et va contribuer à l'image négative de la démarche, qui s'associe naturellement pour le personnel à une problématique de réduction des effectifs. Cependant, progressivement la dimension qualitative se développe au travers d'une volonté de valorisation des potentiels individuels et collectifs (expérience chez RHONE POULENC).

b- la G.P.E.C. est introduite dans les hôpitaux.

La crise économique n'a pas épargné la Fonction Publique, et a conduit les ministères à s'intéresser aux méthodes modernes de gestion et de management, d'abord pour rechercher une meilleur utilisation de leurs ressources humaines mais aussi pour rénover une image souvent caricaturale d'une administration poussiéreuse, improductive et dépensière.

La circulaire ministérielle du 23 février 1989 sur le renouveau du service public tente d'impulser cette évolution. La gestion prévisionnelle est présentée comme : « *l'instrument privilégié d'une politique de valorisation des ressources humaines car elle seule peut assurer la cohérence entre l'évolution des missions, des métiers et des qualifications, et les politiques de gestion du personnel* ». Mais l'engagement vers cette évolution se fera à des rythmes différents selon les ministères. Elle est relativement rapide par exemple au Ministère de l'Équipement ou chez France Télécom dont les objectifs et les méthodes se rapprochaient notablement du secteur privé. Cependant, d'une façon générale les freins au changement ont été nombreux et souvent dus à une méconnaissance des principes et des outils de management des ressources humaines par les cadres supérieurs et intermédiaires.

Pendant les années 1986 – 1987, le Centre d'Études et de Recherches sur les Qualifications (CEREQ) mène une étude à la demande de la Direction des Hôpitaux sur l'évolution des emplois dans les services administratifs et logistiques. Elle montre que cette population se caractérise par un très faible turn-over, une absence de mobilité, un fort taux de mise en disponibilité, un vieillissement plus accentué que dans les autres catégories d'agents. Autant de points pouvant s'avérer lourds de conséquences sur le fonctionnement de ces secteurs dans les années à venir.

Aussi dès 1988, la Direction des hôpitaux a souhaité apporter une aide aux établissements confrontés aux problèmes de reconversion des personnels techniques et ouvriers en leur apportant une aide méthodologique. Gérard Vincent, le directeur des hôpitaux, évoque alors la Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences dans sa préface² de l'ouvrage de Nicole Raoult³ comme une nécessité impérieuse. Il souhaite donc « qu'un grand nombre d'établissement puisse prendre connaissance de ce guide et en tirer le meilleur parti ». Une conférence organisée au Ministère de la santé en septembre 1990 porte sur la présentation de la GPEC aux centres hospitaliers.

² Cf. annexe 1- Préface de l'ouvrage de Nicole RAOULT.

³ Cf. bibliographique – Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier.

Quelques avant-gardistes se lanceront sur la voie. A L'hôpital de Sète une première approche dès 1991 est centrée sur le problème de manque d'adhésion des personnels aux projets de l'institution. Une réflexion globale sur la stratégie d'internalisation et d'externalisation des services logistiques est alors engagée. C'est une démarche proche de ce qui se faisait dans les entreprises industrielles, et il s'écoulera quatre ans entre ces premières réflexions sur les débuts d'une GPEC et les premiers effets.

Cependant, la démarche suscite globalement assez peu d'engouement parmi les hôpitaux publics. Le ministère lance alors une nouvelle réflexion fin 1995, visant à faire un point sur les expériences individuelles des hôpitaux dans le domaine de la GPEC et à en tirer les enseignements. Un groupe de travail⁴ est constitué, ses travaux sont animés et synthétisés par le cabinet d'audit et de conseils Bossard Consultants. Les résultats de la démarche se sont concrétisés par la publication en mai 1997 du guide de GPEC. Ce guide diffusé par la Direction des Hôpitaux affiche la volonté de sortir du cadre théorique et conceptuel qui prévalait jusqu'alors.

La présentation du guide se veut beaucoup plus pédagogique et plus dynamique que le premier guide de référence que constituait l'ouvrage de Nicole Raoult. Il vise à rappeler quelques messages essentiels qui doivent inciter les établissements à développer cette gestion. Notamment il s'agit de préciser que *« la démarche choisie doit garantir la cohérence - stratégie – GPEC – gestion des ressources humaines (parties 2 et 3 du guide), les outils utilisés doivent être cohérents vis-à-vis de la démarche menée, et par rapport au contexte de l'établissement (parties 4 et 5), la qualité de la GPEC repose sur celle de la gestion quotidienne du personnel (partie 6). »*

Pour renforcer le caractère démonstratif de ce document, les nombreux témoignages d'expériences vécues sur la démarche prouvent son aspect concret et son caractère opérationnel. L'objectif du message est aussi d'affirmer que la GPEC ne saurait être une fin en soi et qu'elle n'est pas obligatoire pour traiter tous les problèmes de gestion de personnel.

En synthèse, ce guide doit permettre de modifier l'image négative de la GPEC, qui reste perçue par les cadres comme une méthodologie complexe et lourde, et qui annonce

⁴ Cf. annexe 2 – Liste des participants au groupe GPEC

souvent pour les agents ou les syndicats une réduction d'effectif et/ou une restructuration. Elle semble toujours être réservée à des spécialistes dont les outils manquent d'application concrètes et sans retour mesurables au niveau des agents directement concernés.

A partir de ces quelques repères sur l'apparition de la GPEC, retenons qu'après des débuts difficiles datant déjà de quelques années, la GPEC reste est une approche relativement nouvelle de la gestion des ressources humaines (GRH). Elle suscite naturellement des attentes et des réticences, notamment par le caractère ésotérique que lui confère une terminologie qui lui est propre. Pour vaincre ce premier niveau de difficulté dans la mise en œuvre de la GPEC, il apparaît donc important de définir clairement les concepts.

I.2 – La définition des concepts

- La Gestion prévisionnelle de emplois et des compétences.

Plusieurs expressions sont utilisées pour désigner cette pratique. La planification stratégique de la gestion des ressources humaines est utilisée au Québec, alors qu'en France on parlera de gestion anticipée des emplois et des compétences (GAEC) ou de gestion prévisionnelle et préventive des emplois et de compétences (GPPEC) pour souligner une de ses valeurs ajoutées qui est de prévenir des problèmes d'emploi.

Initialement, la GPEC pouvait être perçue comme une approche essentiellement économique de l'emploi alors que la GPPEC serait une approche économique et sociale, soucieuse du devenir individuel des salariés. Bien que cette dernière dénomination décrive plus précisément la démarche, par commodité et par similitude avec l'usage commun, nous retiendrons la dénomination GPEC.

Pour Yves LAMY⁵, la GPEC s'envisage selon deux modes :

L'un, préventif, qui consiste à anticiper les mutations lourdes de l'entreprise (économiques, technologiques, organisationnelles) pour en gérer au mieux les conséquences quantitatives et qualitatives en s'adaptant

L'autre, offensif, car il mesure la capacité de l'entreprise à prendre en compte les ressources humaines comme moyen stratégique de développement.

Par souci de normalisation le ministère a proposé une définition : « *la conception, la mise en œuvre et le suivi de politique et de plans d'actions cohérents visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'entreprise en fonction de son plan stratégique et impliquant le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution professionnelle.* »

Sa finalité est donc double. Elle est collective dans son analyse de l'ensemble des besoins et des ressources existantes, mais elle est aussi individuelle dans son approche par individu.

- Les compétences – référentiel de compétences

La définition du dictionnaire (Le Robert) :

Depuis le XVIème siècle, la compétence est l'aptitude reconnue légalement à une autorité publique de faire tel ou tel acte dans des conditions déterminées. C'est la compétence d'un maire, d'un juge. A partir du XVIIème siècle, dans l'usage courant, la compétence est une connaissance approfondie, reconnue, qui confère le droit de juger ou de décider dans certaines matières.

Ces définitions restent académiques et ne paraissent pas rendre compte de ce qui est recherché dans le monde du travail lorsque l'on parle de compétences. Elles ne traduisent pas la qualité, la fiabilité, l'adaptabilité que l'on attend dans l'action d'un agent

⁵ cf. bibliographie - ouvrages.

compétent. Il faut se baser sur une définition plus adaptée à la qualification des ressources humaines.

G. Malglaire, du conservatoire national des arts et métiers, définit ce concept comme « *un ensemble de connaissances, de capacités d'action, de comportements, structurés en fonction d'un but à atteindre, dans une situation donnée* ». Levy-Leboyer, professeur de psychologie du travail, propose: « *Les compétences sont des répertoires de comportements que certaines personnes maîtrisent mieux que d'autres, ce qui les rend efficaces dans une situation donnée.* »

Ces comportements sont observables dans la réalité quotidienne du travail ou dans des situations de test. Ils mettent en œuvre, de manière intégrée, des aptitudes, des traits de personnalité, des connaissances acquises.

La compétence est une compétence à agir, et nous pouvons donc observer le résultat d'une compétence. Par contre, pour analyser cette compétence, il faut se préoccuper de la façon dont les opérateurs pensent pour passer à l'action. Les compétences sont finalisées pour réaliser une mission, elles sont construites, c'est à dire que l'on devient compétent par l'apprentissage et l'expérience.

De cette définition il ressort qu'un agent est compétent si au-delà de son travail prescrit, il sait maîtriser une situation soit imprévue dans son déroulement soit nouvelle dans son contenu. La compétence fait intervenir le savoir, le savoir-faire et le savoir-être. C'est une autre dimension que la qualification d'un agent qui, elle, constitue un attribut de la personne indépendamment du travail effectué puisqu'elle exprime un niveau reconnu par un diplôme ou un titre.

- Les métiers – répertoire des métiers

Un métier recouvre un ensemble de postes de travail, ou encore un ensemble d'emplois proches les uns des autres. Selon l'Association Développement et Emploi, la définition d'un métier repose sur quatre axes :

- la technicité

- les informations reçues et traitées
- les relations
- la contribution économique

Le répertoire des métiers ou encore la nomenclature des emplois-types est une liste ordonnée des métiers de l'entreprise, rassemblés en famille et sous-familles professionnelles. Elles sont construites par regroupement des emplois-types présentant des caractéristiques d'activité et de compétences requises communes. Ces notions doivent permettre l'identification d'espaces d'évolution naturelle pour les salariés.(exemple : le Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois -ROME⁶, de l'Agence Nationale Pour l'Emploi)

C'est un outil vivant, qui doit surtout servir de langage commun que les responsables hiérarchiques et les personnels doivent s'approprier.

- L'emploi

Ce concept fait référence à une gestion collective des ressources humaines alors que les compétences conduisent à une gestion individuelle et donc plus personnalisée. Dans les hôpitaux, ce concept d'emploi est dissocié du grade pour assouplir le fonctionnement de l'administration dans la mesure où plusieurs grades autorisent l'accès à plusieurs emplois. C'est aussi un concept qui comporte un aspect budgétaire dans le sens où un crédit gage l'existence de l'emploi, et permet donc de rémunérer son occupant. Les emplois figurent au « tableau des emplois permanents » de l'établissement, répartis par service, qualification, et parfois même avec un numéro d'ordre.

- Le poste de travail

C'est une entité concrète, définie physiquement dans l'espace et dans le temps, constituée d'un ensemble de tâches et formant l'unité de base de l'organisation du travail à

⁶ cf. annexe 3 – Extrait du ROME – La fiche Aide-Soignant

un instant donné. Le poste est généralement conçu indépendamment de l'agent d'exécution, en fonction d'une rationalité technique et organisationnelle. Dans le calcul des effectifs, il faut plusieurs emplois budgétaires pour assurer la continuité d'une présence à un même poste de travail.

- La fonction

La définition de fonction constitue un premier niveau de description d'un emploi. Elle dit à quoi sert l'emploi dans l'organisation du travail. Elle reste cependant insuffisante pour déboucher sur une analyse des compétences.

- Le grade – le corps

Concept particulier à la fonction publique, selon l'instruction numéro 1 du 3 avril 1947, le grade est « un titre qui consacre l'aptitude du bénéficiaire à exercer une fonction déterminée ». Le fonctionnaire est titulaire de son grade.

Un corps est un ensemble ordonné de grades qui sont tous soumis aux mêmes règles de gestion (même statut). La carrière d'un fonctionnaire se déroule à l'intérieur d'un corps sauf s'il en change en cours de vie professionnelle.

- Besoins et ressources

Les besoins de l'institution : ce qui doit se faire en termes d'activité, et donc de compétences nécessaires pour exercer ces activités, dans l'organisme, pour que sa stratégie se mette en oeuvre effectivement, pour que ses objectifs soient atteints et que son fonctionnement soit assuré.

Les ressources de l'organisme : ce sont les moyens humains dont dispose l'institution, qualitativement et quantitativement.

II- Avant de s'engager, analyser les enjeux

La modification des modes de gestion du personnel n'est pas sans risque pour la direction de l'établissement. Elle engage sa crédibilité à conduire un projet qui concerne l'ensemble des agents, et elle se doit de réussir. Les différents enjeux de la démarche doivent donc être totalement explorés, assimilés aux plus hauts niveaux hiérarchiques, pour être ensuite expliqués et partagés collectivement.

II.1 – Les hôpitaux doivent appréhender l'évolution de leur environnement.

a- Un enjeu global : la maîtrise du changement.

- Un environnement instable.

L'environnement économique, social et technologique de l'hôpital n'est pas figé. Les établissements de santé ne peuvent se soustraire à ces évolutions mais leur nécessaire adaptation suppose qu'ils perçoivent ces changements.

Les auteurs⁷ Ouimet et Dufour soulignent l'importance pour une organisation de saisir les modifications de son environnement, pour s'y adapter convenablement et ainsi préserver sa vitalité. Ils illustrent leur propos avec les résultats d'une célèbre expérience de physiologie animale. L'expérience consistait à observer la réaction à l'eau bouillante de grenouilles vivantes. Dans un cas, les grenouilles sont jetées directement dans une marmite d'eau en pleine ébullition. Leur réaction consiste alors à adopter un comportement adapté au changement : toutes sautent hors de la marmite afin de préserver leur vie. Dans l'autre cas, les grenouilles sont placées dans une marmite d'eau froide dont la température s'élève progressivement jusqu'au point d'ébullition. Aucune d'entre elles ne réagit. Le sort funeste de ces dernières s'explique par le fait qu'elles n'ont pas su répondre adéquatement au changement de leur environnement, faute de le percevoir.

⁷ Cf. bibliographie - articles

A l'image de l'eau que l'on porte à ébullition, le secteur de la santé en France évolue et les organisations, les hôpitaux doivent en être conscients pour s'adapter dans les meilleures conditions. Il y va de leur avenir.

Aujourd'hui, les organisations sont confrontées à une imprévisibilité croissante de l'environnement, de sorte que les réponses construites sur le schéma traditionnel et sécurisant du planifier – organiser - diriger - contrôler s'avère désormais inadéquates. Dans un monde soumis à de multiples turbulences, où les interactions proviennent du jeu complexe d'une multitude d'acteurs et de paramètres non maîtrisables, elles doivent développer une gestion basée sur le schéma animer – déléguer - mobiliser et responsabiliser. C'est à cette condition qu'une entreprise se voulant toujours plus flexible et réactive pourra répondre aux défis que pose son environnement sans cesse plus agressif.

Dans ce contexte, il devient impérieux pour toute organisation, et particulièrement pour une entreprise de main-d'oeuvre, de mettre à contribution sa principale ressource, ses employés. Mais la réussite du changement implique que les organisations s'investissent à la mesure de ce qui est demandé à leurs employés. Alors qu'elles attendent de leurs salariés engagement, mobilisation, qualité, flexibilité et perfectionnement, elles doivent réciproquement s'engager en matière de responsabilité sociale, de partage du pouvoir, de ressources et d'information. Autrement dit, la parole n'est plus suffisante pour s'adjoindre le concours des agents, il faut l'accompagner d'actions concrètes. Il ne faut plus se contenter de faire le changement, l'organisation doit changer elle-même. Le contexte est propice à une rénovation des modes de gestion des ressources humaines.

- De la théorie du changement à la GPEC..

Sans poursuivre dans le discours sur le changement, il faut retenir que les entreprises sont aujourd'hui essentiellement perturbées dans leur fonctionnement par une accélération du changement. Ce n'est donc pas le changement en lui-même qui est

nouveau, mais c'est la vitesse à laquelle il apparaît qui est devenue beaucoup plus élevée qu'autrefois.

Ces transformations interagissent pour finalement modifier les besoins en emplois. Ceux-ci ne sont plus figés comme autrefois, ils sont maintenant en perpétuel remaniement. Certains emplois disparaissent, d'autres emplois se créent pour répondre aux nouveaux besoins. Les hôpitaux n'ont pratiquement plus d'agents de chauffage, mais pour répondre à la prise en charge du sida des techniciens en études cliniques ont été créés.

Toutes les organisations sont confrontées à ce nouveau défi qui consiste à gérer au mieux ces changements. La gestion des ressources humaines doit aujourd'hui prendre en compte cette accélération de l'évolution en adoptant une dimension plus prospective. Par ailleurs, avec l'élévation générale des niveaux de formation initiale, le développement de la formation continue et la multiplication des qualifications, les aspirations des agents se transforment également, de sorte que si les emplois évoluent, il ne faut pas oublier que les hommes évoluent eux aussi...

- La GPEC à l'hôpital

Tout ceci suppose une gestion des hommes, non plus statique, mais suffisamment dynamique pour anticiper ces évolutions et prévenir les dysfonctionnements à venir, liés à une mauvaise adéquation entre les besoins futurs et les ressources humaines.

Les ressources humaines sont d'autant plus concernées par ce contexte qu'elles constituent une marge d'adaptation importante pour toute organisation à partir de leur flexibilité, si l'on accepte de considérer que les savoir-faire sont adaptables aux situations nouvelles dès lors que l'évolution à venir a été suffisamment réfléchi et prise en compte.

Ce phénomène d'accélération du changement semble ainsi placer la gestion prévisionnelle comme une pratique incontournable de la gestion des ressources humaines. Les entreprises du secteur privé dans un premier temps, puis le secteur public, ont ainsi

commencé à mettre en place les démarches de gestion prévisionnelle des emplois, des compétences et des ressources humaines.

Ces réflexions sur le changement justifient la GPEC dans une dimension de gestion collective des effectifs, mais elle trouve aussi une justification économique dans une approche plus individuelle du travail.

b- Pour éviter l'exclusion.

- Les appariements sélectifs

Pour analyser les transformations de la réalité sociale, l'économiste américain Michaël Kremer⁸ a proposé une théorie qu'il a baptisée, un peu énigmatiquement, la théorie O-Ring du développement économique. Présentons brièvement ses principaux enseignements :

L'O-Ring est le nom du joint torique dont le dysfonctionnement a été à l'origine de l'explosion de la navette spatiale Challenger. La navette a coûté plusieurs milliards à la NASA et elle a nécessité de mettre en commun le travail de plusieurs centaines d'équipes, mais tout ce travail et la vie de ses passagers ont été perdus pour un joint qui n'a pas fonctionné de manière appropriée aux températures requises. La leçon que Kremer tire de cet exemple est la suivante : *« pour une chaîne de production donnée, le moindre dysfonctionnement d'une des parties menace la production du tout. »* Il en résulte que les niveaux de qualité, de qualification des travailleurs qui sont engagés dans un processus de production commun doivent être très proches. Ainsi une équipe de chirurgiens cardiaques pratiquant la circulation sanguine extra corporelle ne peut pas se permettre d'engager un assistant opératoire médiocre (théorie des appariements sélectifs).

Dans le monde O-Ring de la production, la négociation entre l'employeur et le salarié porte avant tout sur la qualité du service rendu. Aucune firme ne veut transiger sur

⁸ cf. Bibliographie - ouvrages

la qualité de son produit même si c'est à un moindre coût. Le médecin, sous la menace d'un recours, le directeur, dont la responsabilité personnelle peut être engagée, l'hôpital confronté à l'accréditation, chacun souhaite repousser le risque de la non qualité ou de l'incompétence...

Par voie de conséquence, chaque salarié dont les performances individuelles sont jugées insuffisantes peut être brutalement exposé à une exclusion – à tout le moins à un déclassement – de la chaîne de production à laquelle il était associé. Le travailleur exclu doit se tourner vers des activités de qualité moindre. Son employabilité n'est plus assurée dans le temps puisqu'elle dépend de sa capacité à faire évoluer ses compétences de manière à satisfaire aux nouvelles exigences de son emploi.

Cette analyse économique peut se transposer au secteur hospitalier. En effet, l'évolution du secteur de la santé comporte certaines caractéristiques favorisant ce processus de production sur le modèle O-Ring. D'une part le secteur est de plus en plus concurrentiel ce qui pousse chaque institution à devenir plus exigeante sur la qualité des ses prestations. Mouvement accompagné d'une croissance du consumérisme. Une évolution sociale pousse aussi vers le rejet du risque en général, et donc le refus de l'aléa thérapeutique en particulier. D'autre part, le cadre réglementaire consacre ces évolutions en instituant l'accréditation, c'est à dire une procédure externe aux hôpitaux et cliniques qui vise à s'assurer de la conformité des processus.

- Quelles sont alors les mesures correctives ?

Il faut augmenter les compétences des agents mais en prenant conscience du risque accru qui pèse alors sur ceux qui ne participent pas à l'effort de requalification. En effet pour ces personnes, il y a augmentation de l'écart entre leur niveau de performances et le niveau requis. Elles sont donc particulièrement menacées d'exclusion du champ d'activité auquel elles étaient associées.

La GPEC apporte une réponse à ce phénomène. Elle contribue à la réduction des écarts entre les ressources disponibles et les besoins de l'institution, donc elle doit éviter

d'arriver à l'exclusion d'employés au motif que leur niveau de compétences n'est plus en adéquation avec ce qui est attendu.

II.2 – Le CHU de NICE à évalué les enjeux internes et externes de la GPEC.

a– Les circonstances d'ordre interne :

- Le projet d'établissement

Le CHUN prépare actuellement son prochain projet d'établissement pour la période 2000-2004. Dans ce cadre de révision globale des objectifs stratégiques institutionnels, un nouveau projet médical définira les priorités et la manière de répondre aux besoins de santé de la population. Ceci détermine le contexte général des enjeux que l'établissement identifie et sera plus précisément évoqué dans la partie suivante.

De plus, l'hôpital doit décliner le processus de réalisation de ses engagements et notamment au travers de son projet social.

- Le projet social

Il est aussi en cours d'élaboration, il repose sur quatre axes.

D'abord un axe administration du personnel qui représente la mission de base en matière de gestion des ressources humaines allant du recrutement des agents à leur départ à la retraite. L'objectif principal de ce thème sera l'amélioration continue de la qualité des procédures dans le cadre d'un enveloppe budgétaire fortement contraignante.

Un deuxième axe, centré sur la gestion du temps, s'inscrit dans la continuité du projet social précédent. Il est important que les efforts et les expérimentations déjà réalisés dans ce domaine soient consolidés. Les objectifs seront donc de poursuivre la réflexion et l'adaptation de l'organisation du temps de travail, et de préparer le passage aux 35 heures.

Le troisième axe du projet social porte sur la gestion sociale. Il s'agira à ce titre de poursuivre l'amélioration des conditions de travail, tel qu'il en est déjà rendu compte dans le bilan social de l'établissement. D'autre part, ce thème décline l'objectif d'évaluation des

prestations (en continuité avec le projet social précédent). Le CHUN a modifié en 1998 sa méthode d'évaluation des agents, et il souhaite poursuivre la démarche pour l'enrichir et en tirer tous les enseignements qu'elle peut apporter. Notamment, au delà de l'évaluation du niveau de contribution des agents, elle doit dans l'avenir, permettre à échéances fixes, un véritable bilan individuel de compétences. Ceci réalisera le lien avec l'objectif de développement d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, qui est inscrit comme objectif institutionnel au sein de cet axe du projet social.

Enfin, le quatrième axe concerne le dialogue social, avec pour principal objectif le maintien d'une politique d'information et de communication entre tous les niveaux de la hiérarchie. Ce volet doit être un support efficace dans la réalisation des autres objectifs.

La réalisation de ce projet social s'appuie sur les travaux réalisés lors du dernier séminaire de direction, organisé dans l'établissement annexe de Tende les 22 et 23 avril 1999. Plusieurs groupes ont été constitués pour travailler sur les thèmes suivants :

- l'amélioration des conditions de travail
- l'information et la communication au sein de l'hôpital
- l'implication des cadres dans la réalisation des axes du projet social.

Par ailleurs l'élaboration du projet passe par un travail avec l'ensemble des organisations syndicales, membres du comité technique d'établissement. Une première réunion organisée avant la période estivale avait permis de présenter aux partenaires sociaux les grands axes du projet, et de leur demander de préparer leur contribution sur ces thèmes pour septembre. Des réunions de bilan sont programmées début octobre 1999.

- Un enjeu démographique important.

Globalement le personnel des établissements de santé connaît des tendances d'évolutions qu'il faut rappeler. Les effectifs du personnel non médical suivaient une courbe de croissance soutenue entre 1978 et 1985 (+9,9%) pour s'infléchir ensuite de 1990 à 1990. Cette évolution quantitative globalement positive s'est en réalité

accompagnée d'un changement dans les parts relatives des différentes catégories de personnel (plus de personnel dans les services médicaux, et moins de personnel ouvrier). L'évolution est aussi marquée par un vieillissement global du personnel, accéléré par une baisse du taux de renouvellement notamment parmi les infirmières dont l'espérance de vie professionnelle est passée, entre 1986 et 1991 de 24 à 28,5 années (Espace Social Européen, février 1997).

L'analyse démographique réalisée au CHUN (cf. partie II-1) confirme ces tendances lourdes, et met en évidence des situations pouvant devenir critiques pour certaines catégories de personnels (départs massifs à la retraite, turn-over important, etc.)

- Des changements organisationnels.

Ils sont mis en œuvre dans les services pour adapter l'offre de soins aux besoins de la population. Ils ont aussi une incidence sur le personnel et font l'objet d'une analyse plus approfondie en partie II.

- La démarche qualité.

Un engagement volontaire de l'institution dans un processus d'amélioration continu de la qualité, qui repose sur des agents performants et motivés. La politique de gestion des ressources humaines devient alors un enjeu important dans cette perspective de qualité, car elle doit garantir le maintien du niveau de compétences, et contribuer à l'adaptation de ces compétences aux besoins futurs de l'établissement. L'établissement s'est assigné cet objectif comme priorité dès la publication des ordonnances d'avril 1996, qui instituent la procédure d'accréditation. Cette procédure est aussi un enjeu externe très fort.

b- des circonstances d'ordre externe :

- L'incitation du ministère, des Agences régionales de l'hospitalisation.

Nous l'avons signalé, dès 1988 la direction des hôpitaux veut apporter une aide méthodologique aux établissements confrontés à des restructurations, et elle actualise sa démarche en 1997 avec la publication d'un nouveau guide de la GPEC.

Parallèlement à ces actions incitatives, se mettent en place des mesures poussant les établissements à adopter la GPEC comme principe d'action. La circulaire budgétaire en date du 27 décembre 1995 est à ce sujet révélatrice. Elle évoque l'ajustement des moyens humains à l'activité hospitalière, et fait de la gestion des ressources humaines un axe important de ses développements. La circulaire montre clairement la nécessité de mettre en œuvre une GPEC comme un préalable incontournable à toute opération de redéploiements. Elle relie pour la première fois les nécessaires économies budgétaires et la mise en place d'une politique de GPEC.

Plus récemment, dans une circulaire⁹ de mars 1999, nous trouvons une nouvelle incitation à développer la GPEC dans les hôpitaux. Cette circulaire relative au fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé (FASMO) rappelle la nécessité de moderniser les hôpitaux. La direction des hôpitaux y souligne qu'il convient alors de veiller à la prévention des incidences de la modernisation sur la gestion des ressources humaines : *« La conduite et la réussite des opérations de réorganisation sont conditionnées par la qualité de la GPEC développée par l'établissement. »*

- L'accréditation.

L'accréditation des hôpitaux est instituée¹⁰ en 1996. Cette procédure externe a pour objectif de s'assurer que les établissements développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients. Ce n'est pas la vérification d'une conformité avec des normes définies, et ce n'est donc pas une

⁹ circulaire DH/FH 1 n°99-182 du 23 mars 1999 relative au FASMO

¹⁰ Ordonnance 96-346 du 24 avril 1996, complétée par le décret 97-311 du 7 avril 1997.

certification. Il s'agit de s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de la prise en charge du patient sont réunies.

L'évaluation de la réalisation de ces objectifs est basée sur des référentiels¹¹ développés par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES¹²), conçus pour apprécier l'organisation, les procédures et les résultats attendus en termes de gain de santé et de satisfaction du patient. L'ANAES précise le contenu de ses référentiels en définissant clairement ce que sont une référence et un critère :

- La référence d'accréditation peut se définir comme l'énoncé d'une attente ou d'une exigence permettant de satisfaire la délivrance de soins ou de prestations de qualité.
- Le critère est l'énoncé d'un moyen ou d'un élément plus précis permettant de satisfaire la référence d'accréditation. Il doit dans la mesure du possible pouvoir être mesurable, objectif et réalisable.

Certains critères¹³ font explicitement mention de la GPEC :

GRH.4	La gestion prévisionnelle des ressources humaines permet l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement.
GRH.4.a.	L'établissement met en œuvre une gestion prévisionnelle des ressources humaines.
GRH.4.b.	La gestion prévisionnelle des ressources humaines permet d'assurer les prestations de soins selon les exigences des postes, l'évaluation de la charge de travail, les nécessités de remplacement et les compétences du personnel.
GRH.8.b.	Un programme de maintien et d'amélioration du niveau de compétence adapté aux besoins identifiés des personnels de l'établissement est mis en place.

¹¹ Cf. Bibliographie – ouvrages : Manuel d'accréditation des établissements de santé

¹² Organisme créé par l'ordonnance 96-345 du 24 avril 1996 (se substitue à l'ANDEM)

¹³ Manuel d'accréditation des établissements de santé page 78.

La GPEC se trouve ainsi placée au cœur de la procédure d'accréditation. L'établissement est résolument engagé dans cette procédure puisque sa candidature a déjà été soumise et retenue par l'ANAES. La démarche d'autoévaluation est engagée et la visite d'accréditation des expert-visiteurs est programmée au premier trimestre 2000.

- Le poids de la législation.

Les établissements publics de santé connaissent actuellement un renforcement du cadre réglementaire portant directement sur le champ des ressources humaines. Ce renforcement accompagne la procédure d'accréditation et la restructuration du tissu hospitalier. Divers décrets précisant des éléments quantitatifs et qualitatifs pour le personnel de certains secteurs ont été publiés, et illustrent bien la contrainte que cela impose aux hôpitaux. Une étude détaillée sur ce thème sera abordée en partie II.

- Une pression budgétaire plus forte.

Elle contraint l'établissement à ne pas pourvoir l'ensemble des postes et donc à fournir avec moins de personnel le même volume de prestation avec des garanties de qualité accrues. Il y a donc nécessité de s'assurer de l'efficacité des compétences disponibles.

- Des évolutions technologiques.

Le CHUN se doit de les mettre en œuvre pour demeurer un pôle d'excellence. Elles induisent au-delà d'une transformation des pratiques médicales, une modification du contenu des métiers que l'on doit anticiper et accompagner. C'est par exemple l'automatisation croissante des laboratoires et le devenir des techniciens, ou le développement de la radiologie interventionnelle et la place du manipulateur en radiologie.

III – S’assurer de l’intégration de GPEC dans un plan stratégique.

III.1- La GPEC doit s’inscrire dans le prolongement d’une démarche stratégique globale

a- L’approche stratégique dans les hôpitaux.

L’analyse stratégique dans l’entreprise a pour objectif de déterminer les axes directeurs qui lui permettront d’obtenir une position rentable et durable dans un environnement concurrentiel. C’est la « *voie qu’emprunte une entreprise pour obtenir un avantage concurrentiel qui déterminera sa performance* » (Porter¹⁴, 1986). Succinctement, rappelons que la démarche stratégique est un processus itératif, qui commence par la détermination des différents secteurs d’activité de l’entreprise, par la définition de la mission de l’institution. Sur cette base, et après analyse, sont arrêtés des objectifs puis des plans d’actions devant permettre leur réalisation. La démarche doit être accompagnée d’une communication efficace, de moyens de contrôle et d’ajustement lors de sa réalisation.

Ce type de démarche s’est progressivement imposé aux hôpitaux publics. La réforme hospitalière¹⁵ de 1991 incite les établissements de santé à développer une approche prospective et dynamique, formalisée dans l’élaboration du projet médical et du projet d’établissement. Elle doit conduire à modifier les fonctionnements rigides et cloisonnés qui favorisent une perte de vue de la finalité globale du système de santé.

Le projet d’établissement doit revêtir un caractère prospectif en obligeant l’établissement à planifier, sur le moyen terme, ses objectifs et ses moyens. L’article L.714-11 du code de la santé stipule : « *le projet médical définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l’établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la recherche biomédicale, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d’information. Ce projet, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d’organisation sanitaire, détermine les moyens*

¹⁴ Porter M., L’avantage concurrentiel, comment devancer ses concurrents et maintenir son avance, Inter-Edition.

¹⁵ loi 91-748 du 31 juillet 1991

d'hospitalisation, de personnel et d'équipement, de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. »

La politique sociale, le plan de formation, les moyens en personnel sont explicitement intégrés parmi les réflexions stratégiques des établissements. Le projet du CHUN est construit selon cette logique, et il sera structuré¹⁶ de sorte que ces différents volets apparaissent distinctement.

Les ordonnances¹⁷ d'avril 1996 complètent ces dispositions, notamment par la création des contrats d'objectifs et de moyens qui succèdent aux contrats pluriannuels prévus par la loi de 1991. Ils déterminent les orientations stratégiques en fonction du schéma régional d'organisation sanitaire et précisent leurs conditions de mise en œuvre dans le cadre du projet d'établissement et du projet médical. L'objet de ces contrats est très large puisqu'il décrit les transformations que l'établissement s'engage à opérer dans ses activités, son organisation, sa gestion. Il porte aussi sur les dispositions relatives à la gestion des ressources humaines nécessaires à la réalisation des objectifs.

b- La GPEC permet la cohérence entre stratégie et gestion des ressources humaines.

En définitive, ces instruments de planification tendent à démontrer qu'à partir de la définition du projet d'évolution de l'établissement, il devient possible d'évaluer les besoins futurs en termes d'effectifs et de compétences. L'établissement ayant décrit la cible à atteindre, la mise en évidence des écarts entre les ressources actuelles et les besoins futurs est alors envisageable. La réponse à ces écarts sera apportée par la politique de gestion des ressources humaines qui elle-même pourra s'appuyer sur la GPEC. Cette démarche est alors véritablement un outil au service d'une stratégie et non l'inverse. Elle permet la mise en cohérence des objectifs et de la réalité des compétences du personnel de l'hôpital.

¹⁶ cf. annexe 4

¹⁷ Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

L'exemple de la démarche suivie à l'hôpital de Sète illustre parfaitement cette liaison stratégie – GPEC. L'établissement a adopté une stratégie d'internalisation et de renforcement des activités logistiques. Dès lors, l'objectif a été de repositionner la fonction technique à l'hôpital sur un niveau de compétence et de pertinence supérieur. Il est décidé que les interventions peu qualifiées seront sous-traitées, de même que celles qui sont trop qualifiées. Le champ d'intervention des services techniques devait à terme s'élargir et se déplacer vers le haut, c'est à dire vers des activités nécessitant plus de compétences. Le cadre stratégique ainsi défini, la GPEC est venue comme moyen d'accomplissement des objectifs.

III.2- Elle est une démarche opérationnelle et pragmatique.

a- La GPEC est une démarche, pas la somme d'outils.

Nous avons déjà évoqué le risque de dérive technocratique de la GPEC. Elle ne doit pas se résumer à une juxtaposition d'instruments plus ou moins ésotériques, sinon elle devient une mécanique structurante pour l'organisation au sens où la mise en œuvre d'actions se fait au service de la GPEC et non plus l'inverse. L'outil est alors un carcan, une fin en soi.

Il n'y a certes pas de méthode standardisée, mais les expériences déjà vécues permettent de relever au moins un point de passage incontournable pour éviter ce travers. Le projet de GPEC suppose une implication des différents acteurs à tous les niveaux. La hiérarchie et les agents eux-mêmes, car cette démarche de GPEC est double :

- Elle a une vocation collective : elle impose un processus itératif avec des phases d'analyse, de synthèse et de décision pour l'action qui mobilisent les cadres.
- Elle replace le salarié au cœur des dispositifs de gestion des ressources humaines, qui doit donc accepter de se positionner dans cette nouvelle perspective.

b- La GPEC doit se décliner en actions de gestion des ressources humaines.

sinon elle est inutile. Elle doit conduire à la mise en œuvre de plans d'actions qui peuvent porter sur :

- le plan de recrutement, traduction concrète, par exemple, d'une recherche de compétences sur le marché du travail
- la gestion des mutations internes;
- des plans de requalification, pour assurer la transformation interne des compétences.
- des promotions professionnelles

c- La démarche s'inscrit dans une stratégie de communication et de transparence.

Il faut donner aux agents une bonne lisibilité sur l'avenir de l'établissement pour leur permettre d'inscrire leurs projets professionnels dans le cadre des grandes orientations institutionnelles. La concertation avec les représentants du personnel permet cette transparence, et le projet d'établissement est connu de tous les agents. De même le projet social est présenté et discuté avec les syndicats.

III.3 – Le projet de GPEC s'appuie sur une analyse des pré-requis

Le guide de GPEC du ministère l'évoque sans détour, les établissements doivent s'assurer de certains préalables avant de démarrer une démarche de GPEC. Trois domaines sont décrits comme préalables.

L'un porte sur l'inscription de la démarche de GPEC dans le cadre d'une stratégie d'ensemble pré-établie. Nous venons de montrer que le CHU de Nice avait totalement pris en compte cette dimension fondamentale.

L'autre évoque la nécessaire stratégie de communication et de transparence qui doit accompagner le projet. Cela vient également d'être évoqué.

Enfin, dernier préalable, l'établissement doit disposer d'un système de gestion administrative du personnel. Sur cet aspect, l'évaluation de la situation montre que le CHUN possède un système de gestion du personnel déjà performant, mais qui présente certaines faiblesses qu'il devra corriger, au risque de retarder la montée en puissance du projet de modernisation de la GRH.

a- La qualité des informations

Cette qualité peut s'appréhender par la fiabilité et l'exhaustivité des données permettant la description de la situation actuelle en termes de catégories, localisation, âge, etc.

Pour l'analyse de la population des salariés de l'hôpital, il existe une masse d'informations complètes qui a d'ailleurs permis l'étude démographique présentée en deuxième partie.

Par contre, il est aujourd'hui difficile d'obtenir des données sur les compétences possédées par les individus. Ces données sont limitées aux diplômes connus au moment de l'embauche ce qui est trop pauvre pour une gestion des compétences. Les formations suivies par les agents sont gérées par le secteur de la formation continue, qui dispose d'un système informatique autonome. L'interrogation croisée du fichier du personnel et de cette base de formation n'est pas possible autrement que manuellement.

Par ailleurs, il existe des problèmes d'exploitation des données car il n'y a pas d'outil d'extraction de la base de données centrale qui soit souple et performant. La constitution de listes simples, à partir du logiciel de gestion des agents (SIGAGIP), est possible mais ces états sont difficilement récupérables sur les outils bureautiques standards pour en réaliser une exploitation plus fine et plus complète. La constitution d'échantillon de données passe donc par l'intermédiaire du service informatique central. Mais celui-ci ne peut faire face aux demandes ponctuelles, à cause du manque de disponibilité, du fait de la préparation du passage à l'an 2000. On constate donc une certaine rigidité dans les interfaces, ce qui alourdi le processus d'analyse des informations.

Face à cet outil informatique central complet mais rigide, se sont développés de manière anarchique dans presque tous les secteurs de la direction du personnel et dans les établissements annexes, des modules d'analyse ou de suivi, avec les outils bureautiques disponibles et à l'initiative des agents. Cela constitue une fragilité du système d'information au moins à deux niveaux

1- technique : car les produits informatiques utilisés par les agents ne sont pas forcément maintenus par l'établissement. C'est l'exemple du logiciel gestionnaire de bases de données dbase qui doit disparaître à la fin de l'année car la version actuelle n'est pas compatible avec l'an 2000, et la nouvelle version ne sera pas achetée.

2- humain : les outils développés dans les services reposent souvent sur l'attrait personnel des agents pour les outils informatiques. Ces modules sont très personnalisés et chacun a pu valoriser une compétence qui lui est propre. Il y a donc des risques de manque de complémentarité et de subsidiarité entre les agents. L'absence de l'un est difficilement compensée par les autres qui ne connaissent pas les outils utilisés par l'agent à remplacer.

Fort heureusement, le développement des démarches qualité au sein de l'établissement minimise d'une certaine manière ces risques. En effet, de nombreuses tâches font l'objet de rédaction de procédures qui permettent leur exécution par un agent inexpérimenté. Le temps d'exécution sera inévitablement plus long mais il n'y aura pas de blocage dans la réalisation du travail.

b- Maîtrise du cadre réglementaire.

Le guide de la Direction des Hôpitaux précise que ce préalable est indispensable à deux titres :

- *« vis-à-vis du corps social qui doit être assuré du respect du cadre législatif et réglementaire le concernant ;*
- *pour la fiabilité de la GPEC qui est un moyen d'atteindre les objectifs fixés en terme de ressources humaines. »*

Pour contribuer de manière active à cette maîtrise dans l'application des règles statutaires, la direction centrale des ressources humaines a mis en place d'une part un système de veille juridique, et d'autre part un fond documentaire interne au service.

La veille juridique est assurée par la désignation de deux agents chargés du repérage des nouveaux textes réglementaires. Il s'agit essentiellement de la lecture quotidienne du journal officiel et du bulletin officiel. Ce niveau est complété par un suivi régulier de l'actualité juridique fait au sein du département de veille juridique, qui apporte le cas échéant son expertise et son soutien méthodologique à la DRH. De plus, cette maîtrise du cadre réglementaire sera renforcée au travers des outils GPEC que le CHUN développe (cf. partie suivante : La préparation des outils).

Le fond documentaire interne à la DRH permet de disposer d'une base de documents facilement consultables par les agents du service puisqu'ils sont regroupés au sein du service dans un seul bureau.

* *
*

Partie II : Vers une démarche opérationnelle de mise en œuvre d'une GPEC

La GPEC conserve une image négative car elle fût à l'origine souvent utilisée pour des opérations de modernisation ou de réorganisation, qui conduisaient à des redéploiements, ou même à des suppressions de postes. Ce n'est pas ainsi que le CHUN souhaite introduire la GPEC.

Une deuxième modalité de lancement de la démarche GPEC consiste à l'inscrire dans le cadre de la mise en œuvre du projet d'établissement. Le CHUN s'inscrit dans cette perspective ainsi que nous l'avons montré dans la première partie de notre exposé. Cependant ceci suppose un échéancier à moyen ou à long terme. Or, l'établissement souhaite inscrire la GPEC dans le champ des démarches opérationnelles, procurant un retour sur investissements rapide et facilement mesurable pour le personnel. A cette fin, il a fait le choix de démarrer la GPEC par l'identification des métiers sensibles. C'est une démarche à la fois globale et pragmatique. Elle aborde les aspects quantitatifs par la mesure des écarts entre besoins prévisibles et ressources disponibles déclinées par sous groupes professionnels. Elle traite aussi les aspects qualitatifs par l'analyse de la nature des évolutions, et de leurs impacts sur les exigences professionnelles.

Le repérage de ces métiers sensibles se réalise en analysant plusieurs facteurs d'évolution, et leurs incidences plus ou moins fortes selon les différents emplois. Cette analyse doit se faire en cohérence avec la stratégie globale de l'établissement. Elle est centrée d'une part sur la production de prestations de qualité dans un contexte général de renforcement de la sécurité, et d'autre part sur l'adaptation de la structure aux besoins de santé de la population dans l'esprit du schéma régional d'organisation sanitaire.

Dans ce cadre, l'analyse s'est faite dans un premier temps au travers de trois axes. D'abord d'un point de vue démographique, pour appréhender l'évolution naturelle des effectifs, puis sous l'angle de l'évolution du cadre réglementaire qui contraint fortement l'établissement qui veut se conformer aux principes de la qualité et de la sécurité des soins. Enfin, l'analyse est complétée sous l'angle des évolutions organisationnelles et

technologiques qui peuvent être mise en œuvre pour adapter la structure hospitalière à ses nouvelles missions.

Parallèlement à cette démarche de diagnostic des ressources, le CHUN prépare certains outils de GPEC qui seront utilisés à dessein, selon les problématiques à traiter, et selon les actions de gestion des ressources humaines qui devront être engagées. Le souci du CHUN est de ne pas reproduire une démarche technocratique souvent associée et reprochée à la GPEC. Au contraire, la volonté est d'engager une démarche opérationnelle et contingente, qui doit apporter en retour des résultats rapides et mesurables. Cependant, pour garantir ce niveau opérationnel, l'établissement ne peut faire l'économie d'un repérage formel et précis des outils simples qui seront mobilisables au sein de différents plans d'actions.

I - Le repérage de grades sensibles pour cibler l'action

Le CHUN ne dispose pas aujourd'hui d'un référentiel des métiers qui lui soit propre. Il a choisi de ne pas en faire un préalable indispensable à l'engagement de sa démarche de GPEC. En effet, partant du principe que la GPEC à Nice ne doit pas être une démarche globalisante et théorisante, l'approche par métiers est dans cette première phase de lancement, remplacée par une approche par grades. Cette grille d'analyse est plus fine et plus précise, puisque chaque grade est statutairement défini. Par ailleurs, dans nombre de cas, la proximité grade et métier reste forte dans la fonction publique hospitalière. L'inconvénient de cette démarche tient principalement au fait qu'avec ce découpage, la position de certains métiers ne correspondant pas à un grade précis n'est pas analysée. Ainsi, les fonctions de technicien d'études cliniques qui ne correspondent pas à un grade unique, ne sont pas étudiées. L'établissement devra donc compléter cette étude lorsqu'il aura validé son référentiel des métiers (cf. partie III).

Pour l'heure, l'étude par grade permet malgré tout de réaliser un premier bilan descriptif des ressources actuelles.

Les objectifs de la démarche sont multiples :

- Identification des ressources actuelles dans leur composantes quantitative et qualitative
- Estimation des forces et des faiblesses des salariés par rapport aux évolutions des emplois donc de ce qui est requis.

I.1 - Le diagnostic démographique.

Le guide ministériel de la GPEC le souligne très clairement, il est difficile d'anticiper l'avenir si on ne connaît pas le présent. Une étude démographique des effectifs est indispensable pour disposer d'une image fidèle de la situation présente, et envisager les évolutions possibles des années à venir. Elle doit permettre la mise en évidence

d'éventuelles disparités entre grades, entre sites, en ce qui concerne la répartition des âges, de l'ancienneté, ou même de la rémunération. Ces informations peuvent être complétées par d'autres indicateurs pour affiner la description des effectifs : le niveau de diplôme, le nombre de jours de formation suivis ces dernières années, le taux d'absentéisme, le taux d'accident du travail.

D'autre part, une étude sur le niveau de qualification mesurée par le niveau de diplôme, devrait être faite pour compléter la description actuelle du personnel. Au CHUN, cette analyse n'est pas réalisable globalement car les informations ne sont pas totalement saisies dans la base de données du personnel. Le recueil complet des données est en cours, et la saisie des données sera achevée fin 1999, permettant ainsi d'envisager à court terme de réaliser cette étude. Cependant, il s'agira de ne pas confondre diplôme et compétence. Le diplôme servira à évaluer une qualification indépendante du travail de l'agent. Tout au plus ce niveau pourra-t-il représenter une présomption quant à la capacité globale d'une personne à exercer tel ou tel emploi, ou encore pour mettre en évidence des phénomènes de sur qualification sur certains emplois. Il doit permettre d'évaluer une part des évolutions potentielles du personnel si l'on considère que les diplômes sont des balises ou des points de passage plus ou moins obligatoires, selon tel ou tel parcours professionnel.

Pour l'analyse démographique proprement dite, l'étude a été faite à deux niveaux :

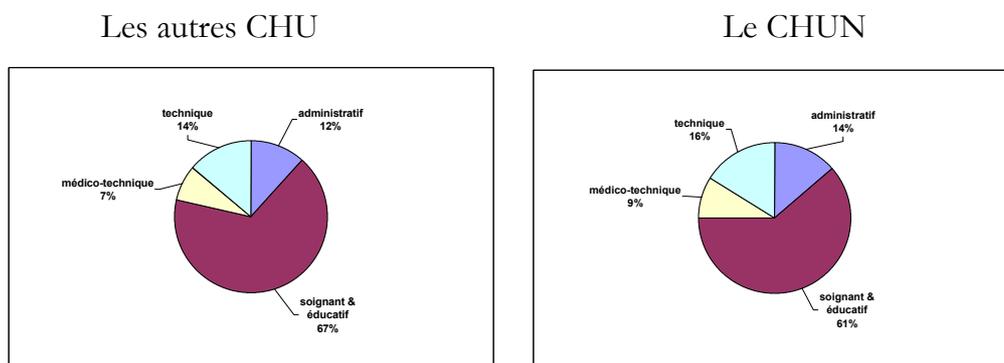
- en global, pour mettre en lumière les principales caractéristiques démographiques du personnel de l'établissement,
- puis en détail, pour cibler les grades ayant une démographie déséquilibrée.

Pour faciliter les comparaisons avec d'autres établissements, ou encore avec les données nationales, cette première étude démographique porte sur les effectifs permanents. Les effectifs pris en compte englobent donc les agents titulaires, les stagiaires et les contractuels sur emploi permanent.

a- La structure globale du personnel

- Répartition des emplois permanents par secteurs d'activité

Cette répartition se fait par grande nature d'activité au sein de l'hôpital : l'administratif, les soignants et éducatifs, les médico-techniques, le technique. Le personnel médical est hors du champ de l'étude. La répartition du personnel non médical au CHUN et comparée à celle des autres Centres Hospitaliers Universitaires¹⁸.



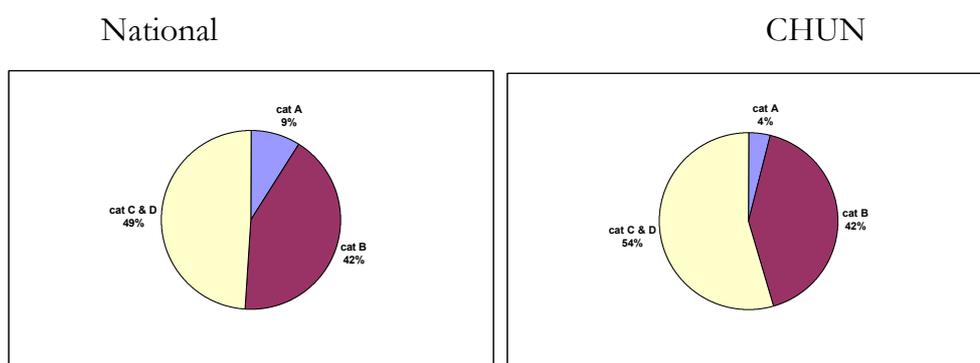
Cette comparaison révèle un pourcentage de personnel soignant et éducatif plus faible au CHUN que dans les autres CHU. On observe par ailleurs que, depuis 1994, le pourcentage de personnel soignant et éducatif subit une faible diminution, passant de 63.3 % à 61.5%. Cette baisse s'est faite au profit des catégories médico-technique et technique, qui progressent de +1.6 %. Il faut peut être trouver là un signe du développement du plateau technique du CHUN dont l'activité progresse significativement depuis plusieurs années.

- Répartition des emplois permanents par catégories.

L'ensemble des grades est répartis en quatre catégories, correspondant à la fois à un niveau de responsabilité dans les fonctions exercées, et à un niveau de recrutement (souvent indicatif ou théorique).

¹⁸ Source : Enquête sur les coûts et carrières des personnels des ETS – Direction des Hôpitaux – Novembre 1998.

- la catégorie A : grades de direction, de conception, d'encadrement. Recrutement au niveau du deuxième cycle universitaire.
- La catégorie B : grades de réalisation et recrutement au niveau du baccalauréat.
- Les catégories C et D : grades d'exécution, sans formation spécifique pour la catégorie D. Recrutement au niveau du brevet des collèges. Depuis le protocole d'accord pour la rénovation de la fonction publique signé le 9 février 1990, il est prévu la suppression progressive de la catégorie D.

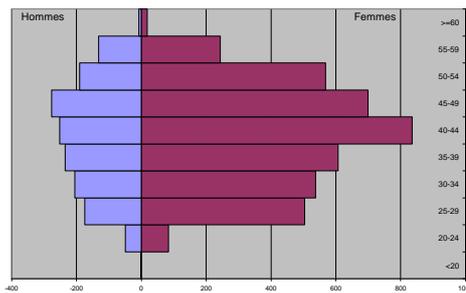


Il apparaît moins de catégorie A au CHUN, et plus de catégories C et D. Ces proportions posent questions. Faut-il en déduire que le taux d'encadrement à Nice est plus faible que dans les autres structures ? La proportion d'emplois peu qualifiés est-elle trop forte ? A ce stade de d'analyse globale, l'information pousse vers une politique de promotion professionnelle active. Mais cette caractéristique du personnel devra être approfondie lorsque l'étude par niveau de qualification (par les diplômes) pourra être réalisée. Elle ne sera pas neutre dans les plans d'actions de GPEC puisque nous l'avons déjà noté, la qualification peut exprimer une potentialité d'évolution des agents.

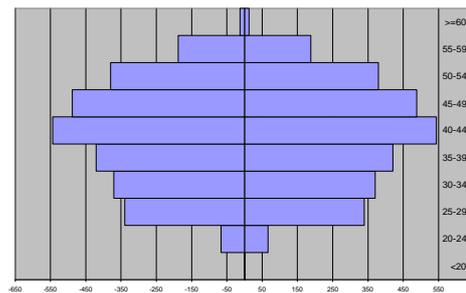
- Analyse des pyramides des Ages de l'ensemble du personnel.

- La pyramide des âges en global :

Pyramides des âges par sexe



Pyramide des âges (globale)



A l'instar des statistiques hospitalières nationales, les femmes représentent au CHUN une large majorité des effectifs avec 72,9 % alors que 27,1 % des agents sont des hommes. L'âge moyen global est de 41 ans . La médiane et la valeur modale sont aussi de 41 ans, indiquant une distribution équilibrée des classes d'âge (Courbe de Gauss).

Cependant, sur plusieurs années, on observe un vieillissement du personnel puisque les agents de plus de 40 ans représentent 54% des effectifs alors qu'en 1992 ils représentaient 43,5% du total.

La présentation de la pyramide des âges sans distinguer les sexes permet de mettre en évidence une forme particulière de la pyramide, qui renvoie à des caractéristiques générales intéressantes à souligner pour appréhender les grandes tendances de la structure du personnel.

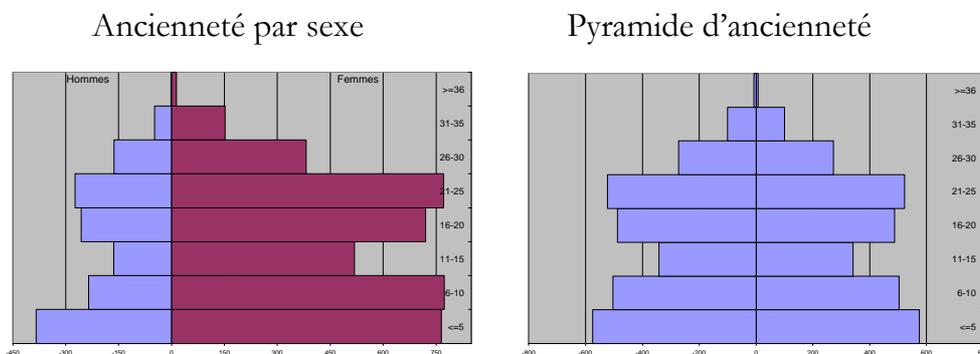
Pour le CHUN, nous observons une pyramide en forme de «toupie» caractérisée par une forte représentation des tranches d'âges moyennes, et une faible représentation des tranches des deux extrêmes. Ceci offre, a priori, quelques avantages :

- Une masse salariale moyenne dans la mesure où une population globalement plus âgée représenterait naturellement une masse salariale forte, et inversement une population plus jeune, une masse salariale faible.
- Les tranches d'âges intermédiaires sont majoritairement représentées ; l'hôpital dispose donc d'agents qui sont à l'articulation de la jeunesse et des âges plus avancés. Ils ont une maturité et une certaine expérience, tout en conservant encore des qualités de dynamisme et d'ouverture généralement attribuées à la jeunesse.
- Une culture dominante et homogène qui est celle des tranches d'âges moyennes.

Toutefois, elle représente un gros inconvénient, qui l'emporte sur ces différents avantages :

- les perspectives de carrière sont très faibles pour une grande partie des agents, et notamment, ceux qui sont dans les tranches d'âges intermédiaires. En effet, ce sont essentiellement les départs à la retraite qui génèrent les promotions, or dans cette configuration démographique, les départs sont faibles (108 départs à la retraite en 1997), tandis que les effectifs qui sont placés derrière et qui attendent légitimement une promotion sont, eux, très importants. Il se produit donc un phénomène d'embouteillage qui peut avoir pour conséquence de démotiver une partie des agents, compte tenu des faibles perspectives d'avancement qui leur sont offertes.
- Enfin, cette répartition comporte un autre inconvénient immédiat, toujours lié à un faible taux de départ à la retraite, c'est celui de ne pas disposer de marge de manœuvre en cas d'impérieuse nécessité d'organiser une déflation globale des effectifs.

- La pyramide d'ancienneté dans la structure.



Sur plusieurs années, nous notons une ancienneté qui ne cesse de croître. En 1992 les agents ayant moins de 15 ans d'ancienneté au CHUN représentaient 58 % des effectifs, alors qu'en 1998 il ne représentent plus que 46 %.

Là aussi, une forme caractéristique de la pyramide est observée. La partie inférieure de la pyramide évoque une « pelote de laine » avec des effectifs importants ayant moins de 10

ans d'ancienneté, alors qu'une autre partie encore plus importante a plus de 15 années d'ancienneté.

Les inconvénients possibles d'une telle répartition résident dans les points suivants :

- Une possible confrontation entre les deux sous-groupes (anciennement recrutés vs nouvellement recrutés) qui peuvent avoir des cultures différentes.
- Un management de proximité pouvant être délicat dans la mesure où des agents nouvellement arrivés au CHUN, peuvent être amenés à encadrer des agents plus anciens qui peuvent avoir du mal à admettre qu'un plus jeune puisse être plus compétent qu'eux.

Mais cette répartition montre aussi qu'il existe une grande diversité dans l'ancienneté des agents permettant un brassage des générations.

Le CHUN comporte plusieurs sites géographiquement distants. Cette analyse de la pyramide des âges a été détaillée selon les différents sites hospitaliers. Il n'y a pas de disparité flagrante entre les sites au niveau des pyramides des âges. Toutefois, quelques particularités peuvent être relevées sur certains sites : La population de l'hôpital de l'Archet est plus jeune que sur les autres établissements, ce qui peut se justifier par la nouveauté du site de l'archet 2, ouvert en 1996. Ce sont les agents les plus jeunes, ayant moins d'ancienneté, qui ont été en priorité affectés sur ce site.

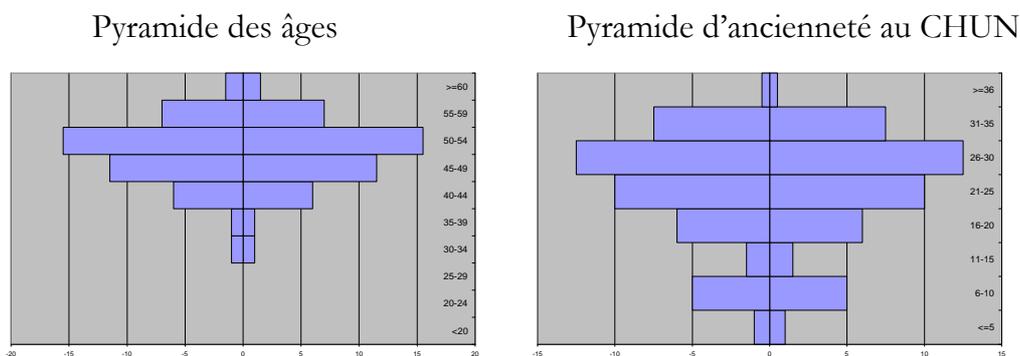
Par contre, des différences notables sont constatées pour les pyramides d'ancienneté : Les sites de l'archet, de Tende et dans une moindre mesure de Cimiez, ont du personnel nouvellement arrivé en proportion beaucoup plus élevée que sur les autres sites.

Cette analyse globale des effectifs a été complétée par une étude de la structure démographique de l'ensemble des corps représentés aux CHUN. Ne sont présentées ici que quelques pyramides atypiques, qui soulignent une situation à corriger.

b – Des exemples de pyramides qui doivent alerter.

- Les cadres supérieurs : une population vieillissante.

Nous présentons dans cette rubrique l'ensemble des cadres supérieurs constitué par le regroupement des corps des chefs de bureau, les corps des surveillants chefs des services médicaux et médico-techniques et enfin les corps des cadres techniques supérieurs (ingénieurs, etc.). L'effectif concerné est de 88 agents, l'âge moyen est de 50 ans.



La pyramide des âges a une forme qui peut être assimilée à une « soucoupe volante », et elle offre deux avantages :

- elle induit une forte culture collective partagée, car les agents appartiennent à la même génération et ont, en général, vécu les mêmes expériences (histoire de l'institution) ;
- elle laisse supposer une bonne maturité et un bon savoir-faire.

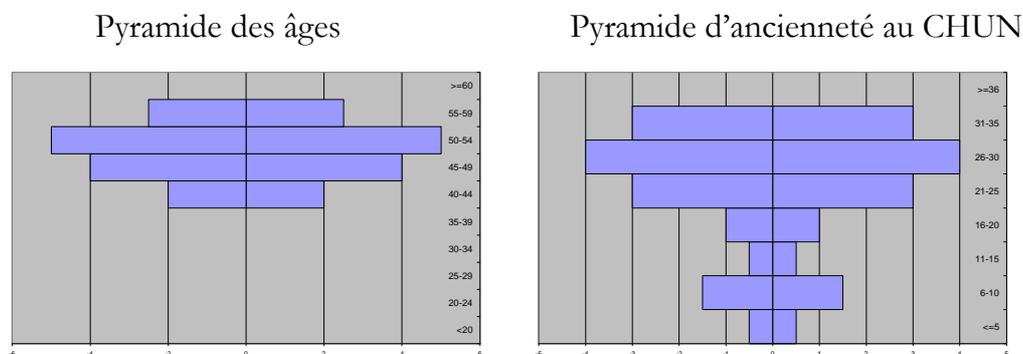
Mais elle a aussi de gros inconvénients :

- l'homogénéité du corps et son âge moyen peuvent laisser craindre une faible adaptabilité, ou même une résistance au changement.
- La pyramide a de grandes chances de mal vieillir, dans la mesure où tous les cadres vont avancer en âge en même temps, et où le déficit de recrutements susceptibles d'apporter du sang neuf ne permettra pas un renouvellement des méthodes et des pratiques.
- Enfin, les départs à la retraite risquent de survenir massivement dans quelques années.

Pour la pyramide d'ancienneté, nous observons une forme en « champignon », qui se caractérise par une sur-représentation d'agents présents depuis de nombreuses années dans l'établissement, associé à une sous-représentation des agents récemment recrutés au CHUN. Cela confirme une forte culture collective, des savoir-faire stabilisés mais aussi des inconvénients à prendre en compte :

- L'ancienneté des agents peut induire une faible motivation pour les changements organisationnels et surtout,
- Il y a un risque de perte d'un certain nombre d'acquis traditionnels des agents de longue expérience, lié aux départs massifs prévisibles pour les années à venir. Il conviendra donc d'organiser suffisamment tôt des dispositifs de transferts des compétences entre les anciens et les nouveaux chefs de bureau.
- Signalons aussi un coût salarial assez élevé puisque le niveau de rémunération est directement lié à l'ancienneté des agents

L'analyse est ensuite poursuivie au niveau de chaque grade. A titre d'exemple significatif, le cas des chefs de bureau est présenté. L'effectif concerné est de 27 agents, l'âge moyen de 50 ans.



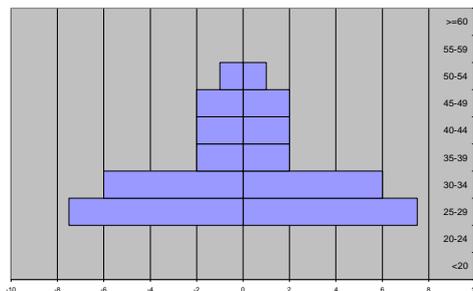
Pour la pyramide des âges, nous observons une forme en « soucoupe volante » encore plus marquée que sur l'ensemble des cadres supérieurs, dont les principales caractéristiques peuvent être encore renforcées du fait de l'homogénéité du corps. Ce grade est donc particulièrement menacé d'un point de vue démographique. Dans le cadre de la GPEC, un plan d'action est en cours d'élaboration. Il comprendra notamment :

- Le recensement des dates prévisionnelles de départ de tous les chefs de bureau, de telle sorte qu'un échéancier des départs soit établi.

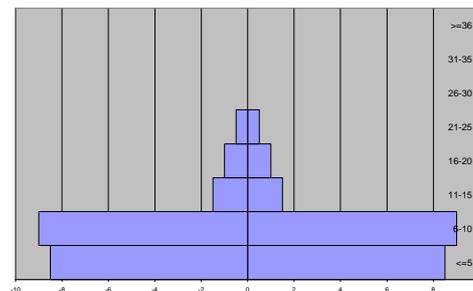
- L'avis des responsables hiérarchiques sur l'évolution du poste (suppression – maintien – changement de missions ?)
 - L'étude de la procédure de remplacement (mutation – concours)
 - L'étude de la procédure d'affectation et de préparation à la prise de fonction (stage – transfert de compétences)
- Les sages-femmes : une population très jeune.

L'effectif concerné est de 41, l'âge moyen de 34,72 ans.

Pyramide des âges



Pyramide d'ancienneté au CHUN



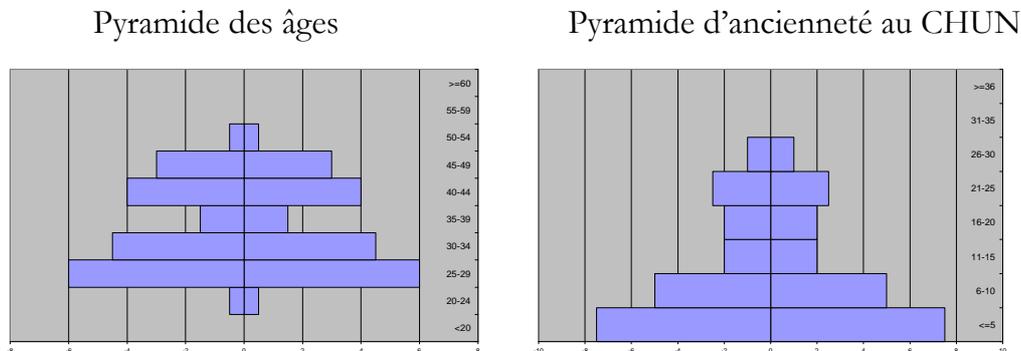
La pyramide des âges et la pyramide d'ancienneté sont en forme de « poire écrasée », caractérisée par une forte représentation des jeunes agents et nouvellement recrutés et une faible proportion d'agents. Cela peut présenter l'inconvénient du risque d'un déficit de savoir-faire et de culture collective, puisque la majorité des agents a peu d'expérience. Des actions de formation peuvent s'avérer nécessaire pour accélérer la « maturation » des équipes.

Par contre, nous pouvons y trouver plusieurs avantages :

- un certain dynamisme lié à la jeunesse.
- une capacité à l'adaptation au changement.
- une masse salariale assez faible, puisque la rémunération est liée à l'ancienneté.
- des perspectives d'évolution de carrière.

- Les infirmières spécialisées en puériculture : une population très hétérogène.

L'effectif concerné est de 40 agents, l'âge moyen de 36 ans.



La pyramide des âges évoque un « yoyo », caractérisé par une forte sous-représentation d'une tranche d'âge intermédiaire, et deux pôles opposés aux extrémités. Ce creux peut traduire une interruption du recrutement à une période donnée.

L'avantage qui peut être attribué à cette configuration, réside surtout dans le coût moyen du grade, puisque jeunes et anciens s'équilibrent.

Par contre, elle présente des inconvénients importants :

- Elle peut s'avérer assez peu productive à cause de conflits entre les générations. Les tranches moyennes ne sont pas assez nombreuses pour faire le lien. Il existe alors deux sous-cultures qui peuvent s'opposer sur certains sujets. Une partie du temps de travail est donc perdue pour concilier des approches différentes.
- Le management de proximité peut être délicat. Si les cadres sont les plus anciens, leur légitimité est souvent largement construite à partir de leur âge et leur ancienneté, mais pas forcément de leurs compétences. Ils peuvent alors avoir le sentiment d'encadrer une jeune équipe qui conteste leurs méthodes. A l'inverse, si un jeune cadre doit manager de plus anciens, il peut se trouver confronté à une incompréhension, voire à une hostilité, face à de nouvelles méthodes qu'il souhaiterait introduire.

c - En synthèse.

Le principal risque démographique retenu est le vieillissement, car il peut conduire à des ruptures de compétences qui peuvent être d'autant plus pénalisantes pour l'institution qu'elles concernent des catégories d'encadrement, ou avec des compétences très particulières, et donc difficiles à remplacer.

Selon cette grille de lecture, les grades sensibles que le CHUN a identifié sont :

- L'ensemble des cadres supérieurs, avec principalement les chefs de bureau et les surveillants chefs
- Les adjoints des cadres (vieillessement et embouteillage des promotions)
- Les permanenciers et les standardistes.
- Les infirmiers de bloc opératoire (IBODE)
- Les Agents des Services Hospitaliers (ASH) et ASH Qualifié (la pyramide risque d'évoluer en champignon)
- Les adjoints administratifs
- Les agents chefs
- Les maîtres-ouvriers

I.2 - L'évolution du cadre réglementaire.

Dans un contexte général de recherche de meilleures garanties sur la sécurité et la qualité des soins, l'hôpital connaît des évolutions permanentes du cadre réglementaire régissant ses activités. Ainsi, sont régulièrement adoptés des textes réglementaires spécifiant des normes pour le personnel, tant en effectif qu'en qualification.

Il en est ainsi par exemple des décrets d'octobre 1998 sur la périnatalité, et relatifs aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de

néonatalogie ou de réanimation néonatale. Ces textes fixent un effectif minimum en fonction de l'activité, mais aussi des qualifications précises selon les secteurs concernés.

Au delà de ces normes spécifiques à l'hôpital, il faut aussi veiller aux évolutions générale du droit du travail. Le passage aux 35 heures ou l'hypothétique réforme du régime des retraites s'inscrivent dans ce cadre.

Cette étude du contexte juridique vise à recenser les textes qui spécifient des normes applicables au personnel. Elle doit donc permettre à l'établissement de réaliser un premier niveau de contrôle d'adéquation de ses ressources humaines avec les conditions techniques de réalisation de ses missions telles que prévues par la loi. Ce niveau est fondamental puisque son caractère réglementaire engage directement la responsabilité de l'institution, et plus spécifiquement de son directeur. En effet, ce contexte de responsabilité se renforce et notamment par le biais de la procédure d'accréditation. Même s'il n'entre pas dans la mission de l'ANAES de contrôler la conformité d'un établissement de santé à l'ensemble des normes réglementaires de sécurité existantes, les experts-visiteurs devront pouvoir vérifier que l'hôpital développe une démarche d'amélioration continue de la sécurité. Ainsi, l'établissement devra produire des documents preuves construits selon un modèle¹⁹ de grille proposé par l'agence.

L'établissement doit donc évaluer sa position réelle par rapport à ces normes qui ne comportent pas que des instructions relatives au personnel, mais aussi des instructions précises sur les équipements et les locaux nécessaires pour que la spécialité concernée soit pratiquée en toute sécurité.

Au delà de sa nécessité par rapport à la procédure d'accréditation, l'étude permet à l'établissement d'identifier certains grades pour lesquels il aura à prévoir des ajustements de natures différentes selon que le cadre réglementaire induit des changements quantitatifs et qualitatifs, ou simplement des modifications sur la qualification des agents.

¹⁹ Guide pratique de l'accréditation – annexe 2

a - Les mesures réglementaires ayant des effets quantitatifs et qualitatifs.

L'étude suppose qu'à partir des textes réglementaires recensés par thème, soit analysée la situation actuelle par rapport à la nouvelle situation cible. Il faut donc faire un diagnostic précis du fonctionnement des secteurs concernés au sein de l'établissement pour évaluer les écarts par rapport aux normes édictées par la loi.

- L'exemple des décrets sur la périnatalité

➤ Le cadre réglementaire est fixé par les décrets d'octobre 1998.

L'ensemble des textes doit être clairement listé et attentivement étudié. Une aide méthodologique et d'expertise peut être fournie par une structure interne plus spécialisée. Au CHUN, un département de veille juridique dispose de compétences juridiques affirmées.

Dans ce cadre, ont été identifiés les textes suivants :

- ❑ Décret no 98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre Ier du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale.
- ❑ Décret no 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale, et modifiant le code de la santé publique.
- ❑ Arrêté du 1^{er} avril 1999 fixant les indices de besoins nationaux afférents à la néonatalogie et à la réanimation néonatale.
- ❑ Circulaire DH/EO3 n° 98-681 du 18 novembre 1998 relative à l'application des décrets d'octobre 1998.

Les dispositions instituées par ces textes précisent un effectif minimum à respecter selon les spécialités médicales et le volume d'activité (effet quantitatif), mais aussi des

qualifications spécifiques pour le personnel devant être présent dans certains secteurs (effet qualitatif).

Ces nouvelles normes seront applicables au moment où il sera statué sur la demande d'autorisation relative à ces activités c'est-à-dire au plus tard le 10 octobre 2000 (circulaire n°98-681).

➤ La situation du CHUN : mise en conformité prévue pour 2000

Le relevé, puis l'interprétation de chacune des consignes portant sur le personnel ont permis d'établir un diagnostic d'écart entre la configuration actuelle et la configuration future. Par exemple, pour l'unité de réanimation néonatale, selon les textes, il faut au moins un infirmier diplômé d'Etat, spécialisé en puériculture pour deux nouveau-nés hospitalisés 24 heures sur 24 (Art D712-101). Cela représente pour le CHUN une présence permanente de 3 agents pour une unité de 6 lits de réanimation néonatale.

L'ensemble des résultats de l'étude est présenté de manière synthétique dans les tableaux suivants.

Tableau de calcul des effectifs réglementaires.

Secteurs	Lits	Grades	Schéma de travail	ETP calculés (1)	Taux d'occupation (2)	ETP réglementaires (1) x (2)
Néonatalogie simple	14	PDE	2.33+2.33+2.33	13.44	85.9	11.54
Néonatalogie S.I.	6	PDE	2+2+2	11.54	85.9	9.91
Réanimation Néonatale	6	PDE	3 + 3 + 3	17.31	83.9	14.52
Gynécologie Obstétrique	– 1835 accouch.	SF	3+2+3	15,72	100.0	15.72

Remarques : PDE = Infirmier spécialisé en puériculture
SF = Sage-femme
ETP = équivalent temps plein

Tableau d'impact sur la situation actuelle.

Secteurs	Lits	Grades	TDE Actuel (1)	TDE réglementaire (2)	Ecart (2-1)
Néonatalogie	20 lits	PDE	8	21.45	+13.45
	Dont 6 SI	AP	10	0	-10.00
Réanimation Néonatale	6 lits	PDE	10	14.52	+4.52
		AP – AS	2.5	0	-2.50
Gynécologie – Obstétrique	59 lits 1835 accouch.	SF	34.5	40.27	+5.77
Total PDE			18	35.97	+17.97
Total AP			12.5	0	-12.50
Total SF			34.5	40.27	+5.77
Total global (ETP)			65.0	76.24	+11.24

Remarques : AP = auxiliaire de puériculture
AS = aide-soignant

L'incidence des décrets est quantitative et qualitative pour le personnel mais elle a aussi une dimension budgétaire qui ne peut être écartée.

L'application des décrets représente globalement une variation de +11,24 ETP et cet impact quantitatif se répartit sur deux services :

- pour le service de pédiatrie la variation globale est de +5.47 ETP;
- pour le secteur obstétrique la variation globale est de + 5,77 ETP.

D'un point de vue qualitatif, l'application des normes conduit à la transformation de 12.50 postes d'auxiliaire de puériculture en poste de puéricultrice.

L'établissement a déjà alerté sa tutelle sur l'impact budgétaire de cette mesure en inscrivant une demande de financement spécifique dans son budget prévisionnel de l'an 2000. La transformation des 12,5 postes d'auxiliaire de puériculture représente un surcoût annuel de 703 800 francs. La création de 5.47 ETP de puéricultrice a un coût annuel de 1

208 200 francs, et la création de 5,77 ETP de sage-femme, un coût annuel de 1 442 500 francs. Au total, le coût de la mise en application des décrets sur la périnatalité est estimé à 3 354 500 francs.

➤ Quel plan d'action ?

Nous l'avons dit, un premier dossier de financement est demandé pour prendre acte du coût que cela représente pour le CHUN. En interne, un plan d'action est en cours de préparation pour gérer les variations d'effectif (quantitatif), mais aussi et surtout les changements qualitatifs que cela induit dans le service. Une étude de la situation individuelle de chaque agent est entreprise pour que l'on puisse proposer des options concrètes d'évolution dans le nouveau contexte réglementaire.

- Les autres secteurs concernés : l'anesthésie, les urgences

➤ La pratique de l'anesthésie

L'effectif et la qualité des agents sont fonction du nombre de patients présents. Les grades du personnel non médical concernés sont les infirmiers et surtout les infirmiers anesthésistes (décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994).

Les établissements doivent être en conformité depuis le 8 décembre 1997. Le contrôle effectif du respect des normes suppose une analyse précise des planning, puisque le personnel devant être présent est fonction des capacités des salles de surveillance, et des malades pris en charge. Dans le cadre de la procédure d'accréditation, cette étude devrait être réalisée sur l'ensemble des secteurs pratiquant l'anesthésie.

➤ L'hospitalisation de jour et l'ambulatoire.

Les spécifications réglementaires²⁰ semblent assez vagues dans la mesure où les effectifs nécessaires sont déterminés par l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH), à l'analyse du dossier de demande d'autorisation de l'activité. Néanmoins, il est dit qu'une présence minimale permanente d'un infirmier pour cinq patients est requise. Si la structure pratique l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire, il faut deux infirmiers supplémentaires pendant la durée d'utilisation du secteur opératoire.

➤ Décrets sur les urgences

Le cadre réglementaire²¹ comporte là aussi des spécifications quantitatives, et qualitatives :

- L'équipe paramédicale du service, dirigée par un cadre infirmier, doit être suffisante pour que, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, au moins deux infirmiers diplômés d'Etat soient effectivement présents pour dispenser les soins aux patients.
- Les spécifications plus qualitatives précisent quels sont les grades qui doivent être présents dans un service d'urgences : le service comprend, en outre, des aides-soignants ou éventuellement des auxiliaires de puériculture, des agents de service, un assistant de service social et un agent chargé des admissions. Tous les membres de l'équipe paramédicale doivent avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences, soit au cours de leurs études, soit par une formation ultérieure.

La mise en conformité de ce secteur est en cours. Au niveau du personnel médical, la séniorisation des urgences a déjà été réalisée. Pour le personnel non médical, la situation sera étudiée globalement au premier semestre 2000, avant l'ouverture du nouveau service des urgences actuellement en chantier sur le site de l'hôpital de Saint-Roch.

²⁰ cf. annexe 5 – les textes réglementaires

²¹id.

b - Les textes ayant une incidence sur la qualification des agents

- L'habilitation à utiliser un défibrillateur semi-automatique.

Le cadre réglementaire²² précise²³ : « *Les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les secouristes titulaires du certificat de formation aux activités de premiers secours en équipe, les secouristes titulaires du certificat de formation aux activités de premiers secours avec matériel, les ambulanciers titulaires du certificat de capacité d'ambulancier ne sont habilités à utiliser un défibrillateur semi-automatique, tel que défini à l'article 1^{er} du présent décret, qu'après validation d'une formation initiale et/ou continue , délivrées dans les conditions définies par un arrêté conjoint du ministre chargé de la santé, du ministre des armées et du ministre de l'intérieur. »*

Par ailleurs, l'article 5 du décret précise qu'une attestation de formation sera remise à chaque candidat ayant satisfait aux différents tests de l'épreuve pratique. **Cette attestation valable un an doit être renouvelée** dans les conditions prévues à l'article 7 du décret. L'application de ce décret est immédiate.

Ce texte est intéressant car il introduit deux dimensions encore peu fréquentes dans la gestion du personnel hospitalier.

- l'habilitation, qui confère une capacité légale à certains agents à accomplir certains actes. Elle sanctionne donc la reconnaissance d'une compétence évaluée selon des indicateurs connus et reconnus (le programme de formation et inclus dans le décret).
- Le renouvellement périodique de cette habilitation, qui montre la nécessité (et l'obligation pour ce cas précis) d'entretenir les compétences. L'habilitation n'est pas un titre, un diplôme obtenu à tout jamais mais au contraire elle peut être remise en cause. La participation à un module de formation continue et une nouvelle évaluation du savoir-faire permettra de la renouveler.

²² cf. annexe 5 – Arrêté du 4 février 1999 et décret de mars 1998.

²³Article 2 du décret n°98-239 du 27 mars 1998

Ce dispositif pousse les agents à se remettre en cause s'ils veulent maintenir leur niveau de compétences, et il oblige l'employeur à s'assurer de la compétence de ses agents avant de les affecter sur certaines activités.

A ce jour, le CHUN n'exploite pas encore ce type de matériel. Mais la mise en œuvre de ces recommandations est prévue en l'intégrant dans un module de formation sur la prise en charge de la détresse vitale dans les services du CHUN.

- L'impossible qualification des infirmiers affectés dans les blocs opératoires ?

Le cadre réglementaire est précisé dans la circulaire ministérielle DGS/PS3/DH/FH3/98/566 du 4 septembre 1998 relative aux infirmiers affectés dans les blocs opératoires.

Elle indique que les infirmiers non spécialisés nouvellement affectés en bloc opératoire doivent suivre la formation conduisant au diplôme infirmier de bloc opératoire dans les trois ans suivant leur affectation. Ce texte fait référence à l'article 6 du décret n° 93-345 du 15 mars 1993 qui prévoit que les activités au sein d'un bloc opératoire en tant que panseur, aide opératoire ou instrumentiste, sont exercées en priorité par un titulaire du diplôme d'Etat de bloc opératoire.

L'application de cette circulaire fait intuitivement appel à une démarche de GPEC mais à l'étude, sa mise en pratique risque de tomber dans une impasse du fait des conséquences que cela suppose pour les agents concernés et pour l'hôpital.

Pour les agents, ce diplôme de spécialité sanctionne 12 mois d'études effectués après la scolarité en institut de formation en soins infirmiers (3 ans). La grille indiciaire de rémunération est la même que pour les infirmiers diplômés d'Etat non spécialisés mais elle est majorée par une nouvelle bonification indiciaire (NBI) mensuelle de 19 points. Les infirmiers non spécialisés exerçant leurs fonctions dans les blocs perçoivent une NBI de 13 points majorés (soit un différentiel de 6 points).

Dans ces conditions quelle peut être la motivation pour les agents non qualifiés mais exerçant les fonctions d'infirmier de bloc ? Vont-ils aller suivre une année de formation

qui ne changera pas leur activité et ne leur apportera que six points de NBI (environ 160 francs par mois) ? Quelles incitations trouver auprès des chefs de service qui ont l'habitude de travailler avec une équipe compétente bien qu'elle ne soit pas qualifiée .

Pour l'hôpital, l'application en l'état de cette circulaire paraît impossible. Un premier recensement des effectifs concernés fait état de 80 infirmiers non spécialisés titulaires affectés en bloc opératoire. Comment former autant de personnes ? Le coût n'est pas supportable par le budget actuel de l'hôpital et la continuité du fonctionnement des services ne le permettrait pas. Cette situation n'est pas spécifique à Nice.

Le coût de la promotion professionnelle permettant à un infirmier de devenir un infirmier de bloc opératoire est évalué à 250 000 francs par agent. Pour 80 personnes le coût est de 20 millions de francs. Même réparti sur trois ans l'hôpital ne peut envisager de consacrer annuellement près de 7 millions de francs pour appliquer cette circulaire.

Si la circulaire paraît inapplicable en l'état, le CHUN souhaite malgré tout prendre des dispositions pour tenir compte de ces nouvelles dispositions.

Afin de ne pas augmenter les effectifs concernés, il veillera à ne plus nommer que des infirmiers diplômés en bloc opératoire. Par ailleurs, en concertation avec les chefs de services et les cadres, la direction des ressources humaines étudie une procédure interne d'habilitation pour attester de la compétences des agents qui exercent dans les blocs.

- Les autres textes

- Adaptation à l'emploi des conducteurs ambulanciers.

La création du Certificat de Conducteur Ambulancier (CCA) avait déjà marqué la reconnaissance d'un métier par rapport au titre de conducteur automobile. Les agents ainsi diplômés se sont aussi trouvés reconnus à travers ce métiers. Aujourd'hui le cadre réglementaire de l'arrêté d'avril 1999 complète leur champ de compétences, en

reconnaissant leur aptitude à la conduite en état d'urgence. Cette forme d'habilitation passe également par une formation et une évaluation.

Le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgences (CESU) prend en charge le plan de formation qui sera donc réalisé lors du recrutement des nouveaux agents.

➤ Habilitation électrique.

Les textes réglementaires²⁴ précisent quels sont les niveaux de qualification requis selon l'activité des agents (H0B0, H1B1, etc.). Là encore, il s'agit d'habilitation à renouveler selon certaines conditions liées aux évolutions des matériels, ou à un changement d'affectation de l'agent. Les grades principalement concernés sont les ouvriers professionnels, les contre-mâîtres.

Des formations validantes sont en cours depuis 1998. La DRH est mise à contribution pour l'organisation des formations mais elle laisse jusqu'à présent la gestion individuelle des dossiers aux cadres des services techniques.

➤ La sécurité incendie

Les agents de sécurité doivent être qualifié ERP²⁵ ou justifier d'une expérience. Nous retrouvons le principe de l'habilitation. Des visites médicales de contrôle d'aptitude physique sont à renouveler tous les ans.

²⁴ cf. annexe 5

²⁵ ERP = Etablissement Recevant du Public

I.3 - Les évolutions organisationnelles et technologiques

Il s'agit d'évaluer quels sont les changements technologiques et/ou organisationnels qui auront une incidence sur les métiers hospitaliers. C'est le dernier axe retenu par le CHUN pour identifier les métiers sensibles.

Ces deux types de changement sont souvent liés, car une évolution technologique induit généralement des changements organisationnels, qui permettent de profiter pleinement des gains attendus par le changement technologique. Ces gains peuvent être quantitatifs, augmentation de la productivité, mais aussi qualitatifs en apportant par exemple plus de précision, plus de qualité.

En préalable, rappelons que l'acceptation du changement ne va pas toujours de soi. Une démarche d'accompagnement et d'anticipation de ces changements, ce qui est l'un des objectifs de la GPEC, doit permettre d'en améliorer la réalisation. Ceci sera d'autant plus important à prendre en compte que le projet en question concernera une population d'agents avec des caractéristiques démographiques qui prédisposent à des comportements de refus du changement, ainsi que l'étude sur la démographie des effectifs du CHUN l'a souligné.

a- Changements organisationnels :

Il faut appréhender à ce niveau deux modes d'évolution qui se traduisent par des changements organisationnels et qui ont une incidence sur la gestion des ressources humaines.

D'une part, se sont les modifications du champ d'activité du CHUN qui peuvent concrètement se traduire par une externalisation d'une activité, ou au contraire par le développement interne de nouvelles activités médicales. Ainsi, la radiologie

interventionnelle modifie le métier des manipulateurs en radiologie, qui peuvent être amenés à exercer des fonctions d'aide opératoires.

D'autre part, les changements organisationnels correspondent à des réorganisations internes des secteurs d'activité du CHUN, afin d'améliorer l'efficacité de la structure. Par exemple, dans le cadre d'un projet de délégation de gestion, un établissement peut souhaiter que l'admission des patients se fasse directement dans les services. Il faut alors s'interroger de l'incidence sur le personnel concerné, dont les secrétaires médicales et les agents des admissions qui peuvent voir le contenu de leur métier évoluer. A l'inverse de cet exemple, nous pouvons aussi envisager une évolution vers une plus grande concentration pour garantir un meilleur contrôle de l'activité. Ceci s'est observé dans les fonctions logistiques des hôpitaux (blanchisserie, cuisine, service de brancardage, etc.)

Le projet de centralisation et d'automatisation des laboratoires présente ces caractéristiques. C'est un dossier dont l'étude de faisabilité est en cours dans le cadre de la préparation prochain projet d'établissement. Son impact devrait être important pour les techniciens de laboratoire. Si le projet est retenu, il sera inévitablement un domaine privilégié de mise en œuvre de la GPEC.

b- Changements technologiques :

Cette analyse repose l'étude de l'introduction de nouvelles technologies au CHUN. Ce sont de nouvelles pratiques médicales ou de nouveaux outils qui ne sont pas neutres pour la gestion du personnel.

Ces évolutions peuvent être à des degrés variables subies ou choisies par l'institution. Mais en général ces évolutions technologiques s'entremêlent avec des évolutions organisationnelles. C'est le cas du projet d'automatisation des laboratoires qui vient d'être évoqué.

Un autre exemple peut être cité avec l'achat de défibrillateurs automatiques : ce matériel nouveau impose l'acquisition de nouvelles compétences, qui doivent être validées réglementairement. Nous avons déjà évoqué cette procédure d'habilitation des agents.

En définitive, l'objectif de cette analyse des facteurs d'évolution technologique et/ou organisationnelle, est de systématiser l'approche de ces phénomènes en y intégrant une dimension de gestion des ressources humaines. Trop souvent les projets de cette nature se limitent au champ technique et économique. Les contraintes techniques, architecturales du projet sont largement étudiées alors que son volet social est oublié. Dans le cadre d'une démarche GPEC, la préparation de chaque projet doit comporter une étude d'impact sur les ressources humaines.

II- La préparation des outils GPEC

Nous l'avons déjà souligné, la GPEC ne doit pas être une somme d'outils. Cependant pour être utile, elle s'appuie sur des instruments simples et opérationnels adaptés à ses objectifs, sinon c'est la dérive vers l'instrumentation structurante. L'organisation est, dans cette hypothèse, contrainte à s'adapter à la mise en œuvre d'outils lourds, centralisateurs, technocratiques. L'objectif est, en réalité, totalement contraire. Il faut que les outils GPEC servent le projet et accompagnent son déroulement sans que leur utilisation devienne une finalité en soi.

Nous évoquons donc ici les outils²⁶ de gestion des ressources humaines que le CHUN souhaite utiliser pour accompagner le démarrage de sa GPEC. Globalement, ce sont des instruments ou des procédures devant permettre :

- de connaître (analyse descriptive)
- d'anticiper (analyse prospective)
- de corriger
- de suivre et d'évaluer les actions.

Dans la mise en œuvre de ces outils, il ne faut pas oublier que tous ne sont pas forcément nécessaires, le choix dépend des objectifs.

II.1 - La fonction veille

Le guide ministériel l'évoque clairement. Même sans projet bouleversant, l'hôpital doit rester vigilant et donc, il doit se doter d'indicateurs de veille.

Cette veille consiste à réaliser une analyse descriptive de l'évolution naturelle des effectifs par type d'emploi. Elle utilise donc des indicateurs démographiques (pyramide

²⁶ Les outils GPEC in Guide de GPEC page 63 – Direction des Hôpitaux Mai 1997

des âges, ancienneté, turn-over, absentéisme, etc.). Un travail de normalisation de ces indicateurs est en cours à l'initiative de la conférence des directeurs généraux des centres hospitaliers universitaires. Un groupe de travail, constitué de plusieurs directeurs des ressources humaines et de directeurs des services de soins infirmiers, est chargé de cette mission.

Les résultats de cette fonction veille seront utilisés pour orienter les actions des gestionnaires des ressources humaines de manière à corriger les effets négatifs qui auront été identifiés. L'usage des indicateurs se fera, par exemple, au niveau de la direction des ressources humaines et de la direction du service des soins infirmiers pour le recrutement. Il pourra aussi se faire, au niveau local par les cadres infirmiers supérieurs pour une répartition plus homogène du personnel dans les services. (Exemple : corriger la pyramide des âges d'un service qui connaît des problèmes d'absentéisme.)

Cette fonction veille est assurée par la cellule d'analyse de la direction des ressources humaines. Elle doit être dotée en personnel et en moyens matériels lui permettant de remplir cette mission.

Cette démarche existe déjà largement au sein de la DRH de Nice. Elle doit donc être complétée pour devenir plus exhaustive et plus adaptée à la politique de GPEC. Il ne faut plus se contenter de faire des constats, mais tirer les conséquences et avoir un véritable rôle d'alerte.

II.2 - La fonction prospective.

Cette fonction vient en complément de la fonction veille. Elle a pour mission d'alerter les gestionnaires des impacts possibles de certains facteurs d'évolution externes ou internes, afin de repérer les emplois sensibles. Elle identifie des besoins en compétences nouvelles pour que l'institution puisse remplir ses missions. Les facteurs d'évolution sont appréhendés selon les trois axes diagnostics précédemment exposés (cf. partie II-1).

En interne, cette fonction est coordonnée à la DRH mais elle doit devenir une pratique courante de la part de chaque promoteur de projet. En effet, nous l'avons déjà dit, chaque projet devrait intégrer un volet sur les ressources humaines mesurant son impact en

termes quantitatif et qualitatif sur le personnel. C'est dans cette dimension que la GPEC est une pratique transversale et collective. Pour favoriser le développement de cette «culture» GPEC dans l'étude des projets, la DRH envisage de formaliser un guide interne suscitant un questionnement de nature à orienter la réflexion vers les aspects de gestion du personnel :

- le projet a-t-il un effet volume sur le personnel ?
- a-t-il un effet qualitatif ?
- Il suppose l'acquisition de nouvelles compétences
- etc.

En externe, le CHUN pourra se baser sur un outil d'analyse à plus long terme que la conférence des directeurs généraux de CHU va développer. En effet, la conférence souhaite mettre en œuvre un observatoire des métiers qui s'appuiera sur la base de données inter-CHU en cours de constitution. Cet observatoire doit d'abord permettre de mutualiser les expériences et de créer une dynamique entre les établissements publics de santé dans le domaine de la gestion des ressources humaines. Il aura aussi pour rôle d'identifier les nouveaux métiers d'appel, d'établir une cartographie des emplois en terme de proximité de compétences ou encore de travailler sur les équivalences statutaires.

Aujourd'hui, cette fonction est mal assurée au CHUN. La direction des ressources humaines n'est pas totalement associée, par exemple, aux projets d'informatisation des services médicaux. Pourtant, cette fonction est indispensable puisque c'est le fondement même de la GPEC que d'avoir une portée prospective pour permettre à l'institution d'anticiper les changements.

II.3 - La politique de recrutement.

Si le recrutement dans les hôpitaux a pu se faire sur des bases essentiellement quantitatives(un agent = un poste), aujourd'hui cette pratique est révolue. A Nice, l'hôpital veille déjà lors de ses recrutements, à évaluer la compatibilité de la personnalité

du candidat avec le profil du poste à pourvoir, et son potentiel d'évolution. Ces tests de recrutement sont assurés par un psychologue du travail qui utilise des outils reconnus dans la profession.

Pour aller au delà, la politique de recrutement doit tenir compte des éléments issus des fonctions de veille et de prospective. Elle renforcera ainsi sa dimension qualitative de recherche de compétences en adéquation avec les besoins de l'établissement. Ainsi, elle contribue par exemple à la correction des déséquilibres démographiques constatés dans quelques métiers.

L'objectif est donc d'utiliser les principes de la GPEC et ses enseignements pour adapter le recrutement à la réalité des besoins de l'hôpital.

Dans cette optique d'adaptation du recrutement, l'établissement envisage de développer le rachat d'engagement pour certaines catégories de personnel où le CHUN est en situation critique. En effet, certains agents dont la formation a été rémunérée par l'employeur, ont signés en retour un engagement à servir pendant plusieurs années. S'ils souhaitent malgré tout changer d'employeur avant cette échéance, il doivent rembourser les sommes perçues. Le nouvel employeur peut prendre ce remboursement à sa charge mais il faut pour cela disposer des crédits nécessaires.

Cependant, ces rachats ne peuvent se faire qu'à moyens constants, il faut donc dégager ces moyens sur les crédits actuels. Une solution réside dans la révision des crédits accordés aux études promotionnelles. En 1999, le CHUN a financé 46 nouvelles promotions professionnelles. La réduction de ces promotions dégagerait des marges financières étroites et par contre l'impact social serait très fort. Le personnel est légitimement attaché aux études promotionnelles qui représentent de réelles perspectives de carrière. Il faut donc être prudent et maintenir un équilibre entre les deux modes de recrutement (interne par promotion et externe par rachat).

Le CHUN explore une autre voie d'adaptation de la politique de recrutement qui consisterait à faire du « marketing »²⁷.

²⁷ Dynamiser la démarche de recrutement in La GPEC Adéquations quantitatives et évolutions structurelles – CH Mulhouse – Mars 1996.

Les hôpitaux peuvent développer une politique de recrutement plus « agressive » sur un marché du travail qui ne correspond pas toujours aux demandes (difficultés d'embauche d'infirmiers spécialisés). Il faut démarcher les écoles, publier des annonces, valoriser la qualité de traitement des candidatures, respecter les choix d'affectations, etc. L'hôpital doit devenir une structure attractive. Cela peut aussi se traduire par des durées de mise en stage plus courtes.

II.4 - La politique de formation

- La gestion de la formation.

Il faut passer d'une logique administrative de gestion d'une dépense sociale imposée à l'établissement, à une logique d'investissement en formation pour consolider le patrimoine des compétences. La formation est alors une réponse aux besoins et aux objectifs stratégiques institutionnels.

L'objectif général de la formation professionnelle est de donner la possibilité à l'ensemble du personnel d'acquérir des compétences actualisées et adaptées aux évolutions de l'environnement afin de permettre à l'établissement de remplir ses missions. C'est un levier de changement et d'adaptation très puissant.

Cela comporte plusieurs dimensions, des études promotionnelles qui permettent de changer de métier, aux actions de formation continue permettant l'acquisition d'un nouveau savoir et par voie de conséquence l'évolution des compétences.

Ce type d'action apporte notamment une réponse à l'évolution du cadre réglementaire ou au développement d'une nouvelle technologie qui nécessite de nouvelles compétences.

Ces actions s'inscrivent dans le plan annuel de formation, mais d'autres sont réalisées au sein des services, sans que le plan de formation n'en fasse mention, mais elles permettent aussi l'amélioration des compétences. Ces actions de formation interne aux services permettent le maintien des compétences (garantie d'une bonne technicité). Elles

reposent largement sur une contractualisation entre l'agent et son cadre de proximité qui spécifie des objectifs à atteindre selon un échéancier précis.

- La gestion de l'absence de formation.

C'est une autre façon d'aborder les problèmes de formation mais elle est toute aussi importante pour la démarche de GPEC.

Aujourd'hui nous avons l'historique des formations suivies par un agent, mais nous ne connaissons pas les agents qui n'ont pas bénéficié de formation depuis plusieurs années. Pour ces agents le risque d'exclusion du champ actuel de leur activité s'accroît considérablement (cf. la théorie O-Ring).

Le système de formation doit aider les agents à entretenir leur professionnalisme par l'intégration de nouveaux savoirs. L'évaluation individuelle doit valider cette acquisition qui marque pour l'agent sa reconnaissance professionnelle. Pour l'institution elle est la réalisation de son objectif : employer des agents compétents.

Il faut donc concilier la démarche de recensement des besoins de formation conduite par les cadres avec les vœux individuels. Le cadre, ayant fixé des objectifs d'amélioration à un agent, doit proposer des moyens de correction. Si cela suppose une formation, il faut s'assurer que l'agent y aura accès.

II.5 - L'évaluation individuelle

L'évaluation de chaque agent suppose qu'en amont soit clairement définie la prestation qu'il doit réaliser. C'est la description de la finalité de son poste au sein de l'institution. Elle est définie par le cadre de proximité mais sur une base commune à l'ensemble des services. En effet, un recueil des finalités par grade a été élaboré par la direction des ressources humaines puis mis à la disposition des cadres. Il garantit que les attentes d'un même grade seront appréhendés sur les mêmes bases dans tous les services de l'établissement.

Sur cette base, l'évaluation individuelle permet à la fois :

- de connaître la situation de l'agent : le bilan annuel met en évidence ses forces et ses faiblesses.
- d'anticiper l'évolution de l'agent : le contrat de progrès qui fait partie de la procédure d'évaluation, permet d'orienter les agents vers de nouvelles compétences qui prennent en compte les besoins de l'institution, mais aussi leurs ambitions ou leurs motivations . Par ailleurs, ces contrats permettent de garantir un niveau requis de technicité des agents.

A terme, la procédure devra permettre une gestion plus fine des compétences, mais cela suppose la mise en place d'un référentiel des compétences. La partie III reprendra cette idée.

II.6 - L'organisation du travail

Le CHUN s'est déjà engagé, et souhaite poursuivre ses travaux dans les domaines de l'aménagement du temps de travail, de la réduction du temps de travail ainsi que dans l'amélioration des conditions de travail. Ce sont là, autant de mesures qui lui permettront de fidéliser un personnel qualifié et motivé tout en s'assurant de l'efficacité réelle des capacités de travail.

* *
*

Partie III : Les limites de la démarche au CHUN

Nous avons montré que la politique de GPEC du centre hospitalier universitaire de Nice, s'est appuyée sur une réflexion stratégique et méthodologique. Cependant, l'établissement souhaite que sa démarche se concrétise rapidement dans des actions de gestion des ressources humaines. Par ce choix, il a volontairement poursuivi son projet sans avoir validé deux aspects méthodologiques et conceptuels pourtant au cœur de la GPEC : le répertoire des métiers et le référentiel des compétences.

Si l'établissement ne les a pas retenus comme préalables au lancement de la démarche, il n'a pas, pour autant, choisi de les ignorer. Il a préféré initier une démarche participative et mobilisatrice, qui lui permettra, dans son déroulement, de finaliser ces deux concepts et outils.

I – La mobilisation des acteurs est une des clés du succès

I.1 - La conduite du projet GPEC.

La démarche de GPEC doit être mise en œuvre et conduite comme un projet à part entière. Dans toute organisation, chacun des partenaires a sa propre logique, sa propre vision des problèmes et des situations. La conduite de projet permet de résoudre les contradictions entre les logiques, les attentes et les contraintes différentes des partenaires. Ce projet GPEC doit donc se voir appliquer la même méthodologie et la même rigueur que tout autre projet. Il comporte des objectifs déterminés, réalistes et mobilisateurs. Des étapes de réalisations, des actions, des indicateurs d'évaluation doivent être affichés et respectés. On retrouve au moins les trois phases fondamentales de tout projet : la préparation, la mise en œuvre, l'évaluation.

La structuration du projet et sa planification doivent être construites consensuellement au sein de l'établissement. Dans ce but, la mobilisation des acteurs est indispensable. Pour favoriser cette mobilisation, le projet doit être ancré dans la réalité de l'entreprise. Cela signifie d'une part, qu'il prend appui sur des enjeux véritables tel que nous l'avons développé dans la partie I-2. D'autre part, il est adapté en fonction des ressources disponibles pour le projet.

I.2- Les acteurs mobilisés.

a- Le comité de pilotage

Il est composé du directeur général, du directeur général adjoint, du directeur des ressources humaines, du directeur du service de soins infirmiers et des trois directeurs d'établissements annexes. Il a un rôle stratégique dans la conduite du projet en tant que niveau de référence et de synthèse générale du projet. Il doit intervenir comme régulateur, prendre toute décision de nature à assurer le bon déroulement de la démarche. Il valide les propositions des différents acteurs du projet et évalue les résultats par rapport aux objectifs initiaux. Il devra veiller en permanence à la construction d'une vision commune du projet pour l'ensemble des acteurs.

b- L'équipe de projet.

Elle est encadrée par le chef de projet GPEC et composée, à Nice, par la cellule de la direction des ressources humaines déjà évoquée lors de la description des outils GPEC (quatre personnes). Cette équipe a un rôle de référent par rapport aux autres acteurs du projet. Elle collecte et traite les informations nécessaires à la conduite du projet et apporte un soutien méthodologique.

Le chef de bureau de cette unité est aussi responsable fonctionnel de l'ensemble des projets de la direction du personnel (Aménagement du Temps de Travail, évaluation,...) ce qui lui permet d'appréhender globalement la politique d'adaptation de la gestion des ressources humaines.

Le comité de pilotage et l'équipe projet s'appuieront au besoin sur des groupes de travail thématiques qui impliqueront des agents de différentes catégories. Un ou plusieurs groupes devront être mis en place pour la définition des référentiels de compétences par métier.

c- Les cadres de proximité.

Leur rôle est fondamental car ils sont au contact direct des agents qui seront concernés par les plans d'actions. Ils faut donc s'assurer de leur parfaite compréhension de la démarche. Lors de la mise en place de la nouvelle méthode d'évaluation des agents, tous ont reçu une formation méthodologique. Il en sera de même pour le projet de GPEC. Cependant, à la différence du projet d'évaluation, le rythme de formation pourra être plus progressif puisque la GPEC n'est pas destinée à être appliquée simultanément dans tous les services de l'hôpital.

d- Le rôle des représentants du personnel.

Le degré d'implication de ces acteurs est fonction de la qualité du dialogue social. La GPEC ayant des conséquences sur l'ensemble du système de gestion du personnel, elle entre naturellement dans le champ des relations institutionnelles entre les partenaires sociaux. Il faut donc rechercher une approche favorisant le dialogue et la concertation pour éviter les situations de blocage ou de rejet qui ne peuvent que pénaliser, retarder ou même condamner le projet. Dans cette perspective, le directeur des ressources humaines rencontre régulièrement les organisations syndicales.

e- Les instances représentatives.

Le comité technique d'établissement, le comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail seront tenus informés de l'état d'avancement de la démarche. Ils l'ont été lors du lancement de la nouvelle procédure d'évaluation des agents, et un bilan annuel d'évaluation de la démarche leur a été également présenté. Il en sera de même pour la démarche de GPEC.

II – La poursuite de l'approche conceptuelle

II.1– Le répertoire des métiers propre au CHUN.

a- Est-il indispensable?

Nous l'avions signalé lors de la présentation de l'étude démographique (cf. partie II-1), le CHUN n'a pas élaboré son propre répertoire des métiers. Pour autant, il a souhaité poursuivre sa démarche considérant qu'en phase de lancement cet outil pouvait être remplacé par exemple par les grades.

Cependant, il est vrai que l'approche par grade n'est pas suffisante pour appréhender l'ensemble des emplois-types représentés à l'hôpital. Seul, le regroupement des postes de travail selon leur proximité en terme de technicité, d'information traitée, de relation et de contribution économique permet une gestion globale efficace. Ce travail de regroupement revient précisément à construire un répertoire des métiers.

Cette nomenclature des emplois-types permet une analyse des ressources humaines par contenu d'activité et donc par compétence. Sont ainsi décrits des espaces professionnels à l'intérieur desquels le cheminement professionnel des agents est observable et prévisible. Cette notion de parcours professionnel qui s'appuie sur une

évolution de compétences, a tendance à remplacer celle de carrière basée essentiellement sur l'ancienneté et la linéarité de l'évolution des responsabilités.

Ces éléments devraient donc inciter l'établissement à utiliser un répertoire des métiers. Cependant, la réalisation d'une telle nomenclature représente un travail particulièrement lourd. L'établissement s'interroge sur l'intérêt d'un travail fastidieux visant à définir plus de 6000 fiches de postes puis à les regrouper en métiers, alors qu'une partie infime sera utilisée dans l'année.

b- Les interrogations qu'il suscite.

Compte tenu de la lourdeur de l'outil, le CHUN souhaite utiliser les résultats des travaux déjà réalisés, ou en cours de réalisation, dans les autres structures hospitalières. Il souhaite notamment pouvoir s'appuyer sur les outils de l'observatoire des métiers en cours de constitution, au sein de la conférence des directeurs généraux des centres hospitaliers universitaires. Ce travail mutualisé doit permettre d'élaborer un répertoire des métiers transposable d'un établissement à l'autre. Seules quelques adaptations locales devraient être nécessaires pour rendre compte des particularités de l'établissement. La disponibilité de l'outil devrait limiter les réticences des établissements vis-à-vis de la GPEC. En effet, elle permettra aux hôpitaux de démarrer une GPEC en simplifiant l'élaboration de cet outil de base.

Par ailleurs, le CHUN s'interroge sur un autre frein à la mise en place du répertoire des métiers. Il s'agit de la clarification du lien grade – emploi. Nous l'avons déjà souligné, dans la fonction publique hospitalière ce lien reste fort. La rédaction des statuts particuliers démontre largement que le législateur a voulu borner précisément les emplois auxquels conduit la détention d'un grade.

La jurisprudence a déjà réaffirmé ce lien. L'arrêt²⁸ rendu par une Cour d'Appel Administratif en 1996 en témoigne. En effet, ce jugement remet en cause l'affectation d'un cadre infirmier supérieur sur un considérant édifiant : « *aux termes de l'article 2 du décret du 18 décembre 1991²⁹, les surveillants-chefs des services médicaux exercent des fonctions d'encadrement soit dans les services de soins dont l'activité est particulièrement importante, compte tenu des techniques mises en œuvre ou de l'effectifs des personnels, soit dans les écoles de cadres infirmiers ; considérant que les attributions d'ordre budgétaire relevant de la mission qui a été dévolue à Mme A. par les décisions en date des 3/9 et 7/10/92, ne sont pas au nombre des fonctions d'encadrement que les surveillants-chefs des services médicaux ont exclusivement vocation à remplir* ». L'hôpital a eu tort de charger l'intéressée de cette mission. La décision du directeur fût annulée.

Ceci va à l'encontre des croisements de compétences qui peuvent se développer entre différentes filières professionnelles généralement dans l'intérêt de l'institution bien sûr, mais aussi des agents profitant de ces mesures sur la base du volontariat. Si cette interprétation limitative devait se renforcer, les hôpitaux peuvent s'inquiéter du devenir des secrétaires médicales exerçant au département d'informations médicales les fonctions de techniciens d'études cliniques, ou encore du cadre infirmier supérieur chargé de mission au sein de la direction de l'accréditation - qualité et audit..

Ainsi, dans la fonction publique, la notion de métier n'est pas encore totalement acceptée. La justice peut adopter une interprétation stricte des statuts, et les syndicats restent très attachés au respect de ce statut. Ces positions maintiennent une rigidité dans la gestion des ressources humaines hospitalières et constituent un frein à la mise en place et à l'usage courant d'un répertoire des métiers.

²⁸ Cour Administrative d'Appel de Nantes, 3^{ème} chambre, 5 juin 1996, Centre hospitalier d'Elbeuf contre Mme A.

²⁹ Décret n° 91-1271 du 18 décembre 1991, modifié, portant statut particulier des personnels infirmiers surveillants-chefs des services médicaux de la fonction publique hospitalière.

II.2 – Le référentiel des compétences

Le répertoire des métiers est une liste ordonnée classée par sous famille, et comprenant une description de leurs activités principales. Le contenu de chaque métier suppose une approche par les compétences.

Le référentiel des métiers s'accompagne donc, d'un référentiel des compétences. C'est le complément indispensable pour permettre l'évaluation de la capacité d'une personne à être recrutée sur un emploi donné, et l'évaluation des performances des agents en poste.

a- L'évaluation « statutaire » est insuffisante.

Le statut des agents titulaires et stagiaires de la fonction publique hospitalière prévoit qu'ils soient notés chaque année. Cette notation comporte une note chiffrée et une appréciation générale qui doivent exprimer la valeur professionnelle de l'agent. La grille d'évaluation est spécifique à chacun des huit groupes³⁰ au sein desquels sont répartis les emplois hospitaliers. Chaque grille comporte cinq critères qui ne sont pas forcément pertinents pour évaluer une contribution aux missions de l'établissement.

Aujourd'hui donc, l'évaluation des agents de la fonction publique hospitalière est réduite à une notation, pour autant cette procédure doit être maintenue puisqu'elle est statutaire. La jurisprudence a justifié implicitement à plusieurs reprises la nécessité de procéder à une évaluation détaillée de l'agent, mais elle a sanctionné les établissements qui substituaient de nouveaux critères de notation à ceux découlant de la réglementation en vigueur.

Le CHUN se conforme donc aux textes en maintenant la grille de notation « statutaire », mais il a complété l'évaluation des agents pour mieux évaluer leur contribution.

³⁰ L'arrêté du 6 mai 1959 modifié précise ces huit groupes : Les cadres, le personnel administratif, les pharmaciens résidents, le personnel des services d'hospitalisation, les psychologues, le personnel des établissements relevant des services départementaux d'aide sociale à l'enfance, le personnel des écoles, le personnel des services techniques, agricoles, ouvriers et du service intérieur.

b- L'évaluation au CHU de Nice.

Une nouvelle procédure d'évaluation des prestations fournies par les agents a été mise en place en 1998. Il s'agit d'une évaluation du niveau de contribution de chacun à la réalisation des grands objectifs que s'est assignée l'institution.

Aujourd'hui, le CHUN utilise une grille d'évaluation³¹ qui comporte en repérage horizontal sept domaines de contribution traduisant les grands objectifs de l'institution :

- l'adaptation de l'établissement aux innovations.
- la sécurité, à la qualité des prestations du service et/ou au bien être des patients et des familles.
- la maîtrise des coûts et des dépenses.
- la coopération et à la cohésion au sein de l'équipe.
- la coopération entre les services.
- la valorisation de ses propres compétences et/ou à la valorisation des compétences des autres agents du CHUN.
- la valorisation de l'image du CHUN et de sa notoriété dans le public.

La contribution sur chacun de ces domaines est cotée par le cadre selon une échelle de six niveaux³². L'attribution d'un niveau de contribution est illustrée d'un fait remarquable relevé sur la période d'évaluation, par le cadre ou l'agent lui même. Cette référence à des faits significatifs de la contribution (ou de la non contribution) doit apporter une plus grande objectivité dans l'évaluation.

L'application de cette nouvelle méthode a fait l'objet d'une évaluation. Les agents se sont très majoritairement déclarés satisfaits de la démarche. Les cadres ont, dès la première année d'utilisation, bien appliqué la nouvelle méthodologie même si globalement il ressort une légère sur évaluation générale des niveaux de contribution³³. Les contrats de progrès restent toutefois assez peu nombreux et pas toujours assez clairement rédigés. Un

³¹ Cf. annexe 6 – Document pour évaluer la prestation

³² Pénalisant, Insuffisant, A améliorer, Attendu, Plus qu'attendu, Excellent – Cf. annexe 6.

³³ Aucun agent au niveau pénalisant, 0,53 % au niveau insuffisant, 2 % au niveau à améliorer

rappel méthodologique a été fait auprès des cadres, un effort d'investissement leur est demandé sur cette partie finale de l'évaluation qui engage l'avenir des agents et de l'institution.

Cependant, cette démarche n'est pas encore une évaluation des compétences des agents puisque la grille d'évaluation ne comporte aucune référence à des compétences particulières. La procédure doit évoluer mais pour ne pas devenir un outil trop lourd, certaines précautions méthodologiques doivent être respectées.

c- Comment appréhender la compétence (méthodologie)

Nous l'avons expliqué³⁴, la compétence est une compétence à agir et c'est le résultat d'une compétence qui est observable. Puisqu'une compétence ne peut être décelée qu'à travers le résultat qu'elle produit, il faut obligatoirement s'intéresser à l'activité de l'opérateur pour évaluer les compétences. Cela suppose une analyse du travail, et requiert une méthodologie appropriée.

L'analyse du travail repose sur plusieurs étapes :

- 1- le référentiel d'activités lié à l'emploi doit être validé par l'opérateur et l'encadrement. Ce sont les missions assignées à ce poste de travail , missions qui vont nécessiter la mobilisation de certaines compétences (savoir, savoir-faire, savoir-être) pour être accomplies. Il faut donc réaliser dans un deuxième temps,
- 2- le repérage des principaux domaines de compétences (repérage horizontal) qui doit être complété dans une troisième étape par,
- 3- un référentiel de compétences propre à chaque domaine de compétences qui sera étalonné sur plusieurs niveaux représentatifs du degré de maîtrise de la compétence (repérage vertical).

³⁴ Cf. partie I-2. La définition des concepts – les compétences.

Selon Levy-Leboyer³⁵, toute évaluation de compétences doit être accompagnée d'une évaluation concernant les aptitudes et les traits de personnalité. En effet, selon ses propos, les compétences sont le résultats d'expériences maîtrisées grâce aux aptitudes et aux traits de personnalité qui permettent d'en tirer parti. L'auteur préconise donc une grille d'analyse particulièrement fine mais qui risque d'alourdir la démarche.

Disposant de cette grille d'analyse, il sera alors possible de positionner sur chaque référentiel un niveau attendu et de le comparer avec le niveau réel de l'opérateur après évaluation.

d- Les débuts d'une mise en pratique au CHUN.

Une grille d'analyse des compétences construite selon la méthodologie précédemment présentée n'existe pas encore au CHU de Nice. Cependant, la direction du service des soins infirmiers a déjà mené une réflexion sur ce thème pour le personnel infirmier. Un document³⁶ de synthèse présente pour chaque grade les missions, et par domaine de compétences, les compétences attendues. Cette grille est utilisée en support par les cadres infirmiers pour établir des fiches de poste et de manière informelle pour l'évaluation des agents.

L'usage de cet outil dans la procédure d'évaluation est informel dans la mesure où il n'est pas clairement combiné avec la grille d'évaluation³⁷ actuellement utilisée. Cependant cette approche s'inscrit totalement dans la démarche GPEC puisqu'elle constitue une première tentative de gestion des compétences.

³⁵ Cf. Bibliographie - ouvrages

³⁶ Cf. annexe 7 – profil et domaine de compétences de l'infirmière

³⁷ cf. annexe 6 – document pour évaluer la prestation.

e- La formalisation de l'évaluation des compétences au CHUN.

Cette démarche vers la mise en œuvre des référentiels de compétences doit se poursuivre en valorisant le travail déjà réalisé à la direction du service des soins infirmiers, et en l'intégrant dans la nouvelle méthode d'évaluation.

Dans ce but, le CHUN étudie la méthodologie d'élaboration de la grille de compétences créée par Henri Savall³⁸ et déjà utilisée par les Hospices Civils de Lyon³⁹.

Bien maîtrisée, cette grille peut constituer pour chaque responsable hiérarchique un outil fiable et pertinent, permettant une visualisation synthétique des forces et des faiblesses de son service et de chacun de ses agents. Elle lui permettra aussi un diagnostic prospectif des besoins en formation.

La grille comporte en colonnes les individus de l'unité étudiée. En lignes, apparaissent les compétences. Elles représentent les savoir-faire existants et/ou à créer selon l'évolution souhaitée de l'organisation du travail ou des missions du service. Elles peuvent être classées en deux sous-ensembles :

- le contenu actuel des emplois
- l'évolution des emplois.

Le remplissage du tableau traduit l'évaluation du niveau de compétences de chaque personne selon une échelle à quatre niveaux :

- 1- Une bonne connaissance théorique et une pratique régulière et efficace de l'opération, symbolisé par le signe ■
- 2- Une bonne pratique sans véritable connaissance théorique. La personne pratique au quotidien sans avoir eu la formation de base correspondante, ce qui est symbolisé par le signe □
- 3- Une bonne connaissance théorique mais une pratique occasionnelle. Ce niveau signifie que l'agent peut réaliser l'opération mais l'exécution ne sera pas parfaite. Symbole □.
- 4- Aucune connaissance théorique et pratique. Symbole □

³⁸ Cf. bibliographie

Exemple d'une Grille de Compétences

Etablissement :
Unité :

Grille de compétences

ACTIVITES	SOIGNANTE										Observations
	Soig. 1	Soig. 2	Soig. 3	Soig. 4	Soig. 5	Soig. 6	Soig. 7	Soig. 8	Soig. 9	Soig. 10	
Connaître les textes officiels	■	■	▣		■		■	▣		■	
Connaître les mécanismes de la douleur	■	■	■	■	■		■	■	■		
Connaître le développement cognitif de l'enfant dans la compréhension de la douleur	■	■	▣		■		■		■		
Connaître les grilles d'évaluation de la douleur existantes		■		▣		▣		▣		■	
Connaître les gestes douloureux pratiqués par l'équipe	■	▣	▣		▣		▣		▣	■	
Connaître les différents traitements de la douleur	■	▣		▣		▣		■	■		
Analyser les conséquences juridiques des nouvelles réglementations (douleur chez l'enfant)											
Analyser les grilles d'évaluation de la douleur existantes											
Utiliser une grille d'évaluation de la douleur existante ou en créer											
Identifier les signes de la douleur chez le jeune enfant											
Identifier les gestes douloureux des soins											
Transmettre par écrit son observation des signes de la douleur sur fiche											
Identifier les postures, les soins de maternage soulageant la douleur											
Créer des techniques de confort											
Entrer en communication avec le mode d'expression de l'enfant et de sa famille											
Mettre en route des protocoles avec l'équipe											
Prendre réellement en compte ce que vit l'enfant dans son corps											
Reconnaître la douleur											

Légende : ■ Bonne connaissance théorique et pratique
▣ Bonne pratique sans connaissance ou bonne connaissance sans pratique
□ Aucune connaissance théorique et pratique

source : ISEOR (Institut de Socio-économie de Entreprises et des Organisations) Ecully-Rhône – Directeur H.Savall.

Une fois remplie, la grille permet de visualiser par son degré de noircissement l'état des compétences disponibles au sein de l'unité. Cette analyse peut se réaliser sous deux angles :

- une lecture horizontale (par compétence) renseigne sur le degré de vulnérabilité du groupe face aux aléas que peuvent être l'absence d'un agent étant seul à maîtriser cette opération, ou un surcroît d'activité qui mobiliserait particulièrement cette compétence insuffisamment possédée par le groupe.
- Une lecture en colonne (par individu) permet de mesurer le degré de polyvalence individuelle de chaque personne.

Cette grille de compétences représente un outil simple et riche d'enseignement mais il ne peut être opérationnel qu'à certaines conditions.

³⁹ Cf. bibliographie – DREVET et FLORET

Il faut d'abord que le cadre effectue une cotation qui soit la plus proche possible de la réalité observée sans céder aux complaisances ni aux jugements de sanction. Cela suppose aussi une rigueur dans la « mesure » de la compétence. L'évaluation ne doit pas être approximative et subjective. Elle s'appuiera sur le factuel ainsi que la nouvelle méthode d'évaluation des agents le recommande.

Enfin, l'outil repose pour une large part sur la confiance de la part des évalués vis-à-vis de leur hiérarchie de proximité. Il faut garantir la rigueur et l'équité de la procédure dont les résultats ne doivent pas être utilisés à des fins destructrices. Il ne s'agit pas de sanctionner, au contraire il faut démontrer la vision constructive de développement des compétences personnelles et de réduction de vulnérabilité de l'unité. La démarche suppose aussi une confiance de l'agent dans sa propre capacité à apprendre une activité nouvelle, et à réussir ensuite à l'assumer, faisant ainsi évoluer ses compétences et son comportement professionnel.

Dans ce schéma, la grille de compétence devient un véritable outil de management pour le cadre de proximité comme pour l'établissement. L'objectif du CHUN est de parvenir à ce schéma idéal en procédant par étapes pour favoriser l'acceptation des bouleversements culturels qui en découlent.

En effet, la mise en place d'une gestion des compétences suppose, en préalable, une parfaite compréhension et une totale acceptation de la culture d'évaluation des pratiques professionnelles. L'évaluation des compétences est une étape qui doit avoir été précédée par une phase d'évaluation des performances par rapport à des objectifs fixés, et ce de façon généralisée depuis plusieurs années. Ce qui signifie donc que l'ensemble des personnels de l'hôpital doit avoir admis le principe d'être acteur de la mise en œuvre du projet d'établissement et considérer l'évaluation des hommes comme un des axes de progrès du projet social.

* *
*

CONCLUSION

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences n'a pas connu, dans les établissements publics de santé, l'essor que lui souhaitait la direction des hôpitaux. Ce manque d'intérêt, dû probablement au manque de résultat, s'explique essentiellement par l'excès d'instrumentalisation et le manque de pragmatisme des méthodes utilisées.

Certes, le lancement d'une politique de GPEC comporte nécessairement la définition de quelques concepts et une appropriation méthodologique, mais ce n'est qu'une garantie de rigueur dans la démarche. Son développement doit s'inscrire dans la réalité des besoins de l'hôpital.

Aujourd'hui, elle pourrait être plus largement utilisée dans les hôpitaux car elle est devenue un critère d'évaluation du référentiel de l'agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé. Elle devrait donc se développer dans les établissements engagés dans la procédure d'accréditation. En devenant presque une obligation, elle ne pourrait plus être considérée comme une mode éphémère. Cependant, cette approche nous paraît limitative. D'une part l'adhésion de l'ensemble des hôpitaux à la démarche d'accréditation sera longue, et d'autre part, ce mode d'introduction de la GPEC dans les hôpitaux, risque de renforcer son défaut naturel d'outil structurant utilisé dans la seule perspective de se conformer à un nouveau critère.

La GPEC ne peut durablement et efficacement se mettre en œuvre que si elle s'inscrit dans le prolongement d'une démarche stratégique. Elle reste un outil, mais au service des objectifs institutionnels et au bénéfice de chaque agent. La GPEC prouvera alors toute sa force et son intérêt, dans une combinaison des aspects quantitatifs et qualitatifs qui valorise le patrimoine humain de l'entreprise. Outil d'aide à la décision, elle permet d'adapter les ressources humaines en nombre et en qualité. Elle vise à réduire les écarts entre les ressources telles qu'elles sont actuellement et les besoins futurs.

Dans l'établissement qui l'utilise comme pratique courante et consensuelle, la GPEC devient plus qu'un outil. Elle est un état d'esprit qui permet à l'institution d'évoluer vers une structure qualifiante et responsabilisante. « Une organisation est dite qualifiante si elle se donne les moyens de son développement en devenant plus anticipatrice, plus responsabilisante, plus apprenante et plus riche de ses ressources humaines » (Gérard Ropert⁴⁰). Cependant, un état d'esprit ne se décrète pas, et il faut accepter que la démarche s'inscrive dans les perspectives à moyen ou long terme.

* *
*

⁴⁰ Gérard Ropert, Michel Baye : Gérer les compétences dans les services publics, Les Editions d'Organisation

Bibliographie

Ouvrages :

BATAL Christian, *La gestion des ressources humaines dans le secteur public – Tome 2*, Les Editions d'Organisation , 1988

CAUDEN Joël, SANCHES Adérito Alain, *La gestion des ressources humaines*, Berger-Levrault, décembre 1997

COHEN Daniel, *Richesse du monde, pauvretés des nations*, Flammarion, 1997

DERENNE Odile (avec une équipe rédactionnelle), *Fichier permanent des corps et grades des établissements publics sanitaires et sociaux*, Edition ENSP

KREMER Mickaël, *The O-Ring theory of economic development*, Quaterly Journal of Economics, Août 1993.

LAMY Yves, *Gérer et accompagner les redéploiements dans les établissements publics de santé*, Edition ENSP, 1995.

LEVY-LEBOYER Claude, *La gestion des compétences*, les Editions d'Organisation, 1996.

RAOULT Nicole, *Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier*, L'Harmattan, 1991

SAVALL Henri, ZARDET Véronique, *Maîtriser les coûts et les performances cachés*, Economica, 1995, 3^{ème} édition

Manuel d'accréditation des établissements de santé, ANAES – Direction de l'accréditation, ,Février 1999

Préparer et conduire votre démarche d'accréditation – Un guide pratique, ANAES – Direction de l'accréditation, Version provisoire – Juin 1999.

Direction des Hôpitaux, *Guide de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences*, Ministère du travail et des affaires sociales, 1997

Articles :

BARTHES Richard, AUTUORI Marie-Thérèse, *GPEC : un outil et/ ou un état d'esprit ?* in Technologie Santé, septembre 1998 pages 61-68

BARTHES Richard, AUTUORI Marie-Thérèse, *La compétence au cœur des organisations*, Gestions hospitalières, février 1999.

BASS Nathalie, *Les enjeux d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences à l'hôpital*, in Technologie Santé N° 33, septembre 1998.

DREVET Géraldine, FLORET Marie-Claude, *Une démarche d'ingénierie de formation aux HCL*, in Gestions hospitalières, février 1999.

HAGENMULLER Jean-Baptiste, *La lettre et l'esprit* in Technologie Santé N° 33, septembre 1998.

LACHENAYE-LLANAS Chantal, JOUFFRE Bernadette, *La gestion par les compétences*, in Gestions Hospitalières, février 1998

OUIMET Gérard, DUFOUR Yvon, *Vivre et gérer le changement ensemble ?* in Revue Française de Gestion, mars 1997

SIMART Michel, CHOUCARD Catherine, *De l'importance du capital intellectuel*, in Technologie Santé N° 33, septembre 1998.

VIGNON Christophe, *Planification stratégique des ressources humaines et gestion prévisionnelle : contingence culturelle et renouvellement des pratiques*, Revue Gestion des Ressources Humaines, N° 29-30 – Janvier-Février 1999.

Mémoires :

ACCARY Catherine, *La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences à l'hôpital : Bilan et perspectives – Essai de comparaison entre les expériences hospitalières les plus significatives*, Mémoire ENSP de directeur d'hôpital, décembre 1996

ASTRUC Valérie, *La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, enjeux et réalités. L'expérience du CHRU de Lille*, Mémoire ENSP de directeur d'hôpital, décembre 1994.

Liste des annexes

- Annexe 1 : Préface de l'ouvrage de N. Raoult – Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences en milieu hospitalier
- Annexe 2 : Le groupe de réflexion sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences constitué en 1996 par la direction des hôpitaux.
- Annexe 3 : Extrait du Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois – La fiche AIDE SOIGNANT
- Annexe 4 : Architecture globale du projet d'établissement du centre hospitalier universitaire de Nice.
- Annexe 5 : Liste des principaux textes spécifiant des normes en matière de personnel.
- Annexe 6 : Document pour l'évaluation individuelle.
- Annexe 7 : Profil et domaine de compétences de l'infirmière.

ANNEXE – 1

Préface de l'ouvrage de Nicole RAOULT **Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier**

La direction des Hôpitaux se préoccupe depuis plusieurs années de l'évolution du contenu des emplois hospitaliers.

Les résultats de l'étude menée par le CEREQ en 1986-1987 sur les emplois des services administratifs, techniques et logistiques ont confirmé l'importance des évolutions allant jusqu'à prévoir la disparition d'un certain nombre de métiers à l'hôpital. Ils ont par ailleurs fait émerger le taux très élevé dans ces secteurs de personnel faiblement qualifiés (inférieur ou égal au niveau CAP) voire non qualifiés.

Cette inadaptation ou inadéquation partielle de la pyramide des emplois à l'évolution des missions et du rôle de l'hôpital est un handicap important dans un contexte de redéploiement interne imposé par les nécessaires gains de productivité.

La direction des Hôpitaux, soucieuse d'aider les établissements confrontés à ces difficultés, a participé à l'élaboration du guide sur les redéploiements réalisé dans le cadre du laboratoire de recherche en gestion hospitalière de l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

Parallèlement elle a coordonné la réalisation d'une nomenclature des emplois-types de l'hôpital ; cette nomenclature est le fruit de dix-huit mois de travail et a impliqué une cinquantaine d'hospitaliers ; elle n'a aucun caractère normatif, chaque établissement devant l'adapter à sa propre situation, mais elle est l'outil de base d'une gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences.

La rencontre du 11 septembre 1990, organisée par ma direction, a prouvé tout l'intérêt que les directions d'hôpitaux portent à cette question.

Le travail de réflexion engagé sur les démarches d'introduction de la gestion prévisionnelle, aboutit aujourd'hui, grâce à la collaboration d'une dizaine d'établissements, aux recommandations et aux outils présentés dans ce document.

La gestion Prévisionnelle est une préoccupation nationale, elle s'inscrit dans une initiative gouvernementale qui a permis des échanges fructueux avec la fonction publique d'Etat.

Dans les établissements hospitaliers, elle devient une nécessité impérieuse dans le cadre de l'élaboration des projets d'établissements définis par la loi hospitalière.

Je souhaite donc qu'un grand nombre d'établissement puissent prendre connaissance de ce guide et en tirer le meilleur parti.

Gérard VINCENT
Directeur de Hôpitaux

ANNEXE - 2

Groupe de réflexion sur la GPEC constitué en 1996 par la direction des hôpitaux..

Liste des participants :

- Monsieur ABBAD – DRH	C.H.U de Poitiers
- Monsieur GAUTIER – DRH	C.H.R.U de Bordeaux
- Monsieur POZZO DI BORGO – Directeur	C.H de Sète
- Monsieur BARTHES – DRH	C.H de Sète
- Madame SALOU – DRH	C.H de Lannion
- Madame COMBRISON – Chef département	AP-HP
- Monsieur NOUHAUD – Directeur	P.S.P.H Bon Sauveur
- Monsieur DONIUS – DRH	C.H de Mulhouse
- Madame LAGARDE	C.H.U de Nantes
- Monsieur AUGIER	C.H.S de Bourges
- Madame ALLARD-JACQUIN – D.A.	C.H de Béziers
- Monsieur LUCAS	Professeur E.N.S.P.

Les représentants de la Direction des Hôpitaux :

- Madame VILCHIEN	Sous-directeur FPH
- Madame PICCOLI	DH/FH1
- Madame LEJEUNE	DH/FH3
- Madame KOSSANYI	DH/FH3
- Monsieur BORGIALLO	DH/FH3

ANNEXE – 3

Extrait du ROME – La fiche AIDE SOIGNANT

ANNEXE - 4

Architecture du PE

ANNEXE – 5

Textes réglementaires ayant une incidence sur la gestion du personnel

- Pour l'hospitalisation de jour et l'ambulatoire

Décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 J.O. du 8 octobre 1992.

Modifié par le décret n° 98-286 du 16 avril 1998 art.1 III paru au J.O. du 18 avril 1998.

L'article D 712-32 du CSP (décrets simples) apporte des précisions sur le fonctionnement des structures d'hospitalisation à temps partiel et des structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire.

- Pour les urgences

Décret n° 95-648 du 9 mai 1995 J.O. du 10 mai 1995.

Décret n°97-616 du 30 mai 1997 J.O. du 1^{er} juin 1997.

- Pour la manipulation des défibrillateurs semi-automatiques

Décret n° 98-239 du 27 mars 1998 fixant les catégories de personnes non médecins habilitées à utiliser un défibrillateur semi-automatique

Arrêté du 4 février 1999 relatif à la formation des personnes non médecins habilitées à utiliser un défibrillateur semi-automatique :

- Pour les conducteurs ambulanciers

Arrêté du 26 avril 1999 relatif à la formation d'adaptation à l'emploi des conducteurs ambulanciers de service mobile d'urgence et de réanimation de la fonction publique hospitalière.

Ce texte impose une formation de 4 semaines avant la prise de fonctions et au préalable le suivi d'un stage de sécurité routière et de conduite en état d'urgence dans un centre agréé.

- Pour l'habilitation électrique.

Cadre réglementaire : publication UTE C 18-510.

Décret n° 88-1056 du 14 novembre 1988 relatif à la protection des travailleurs dans les établissements qui mettent en œuvre des courants électriques.

Circulaires DRT 89-2 du 6 février 1989

Arrêté interministériel du 17 janvier 1989 approuvant la publication UTE C 18-510 de l'Union Technique de l'électricité (applicable le jour de la publication)

- Pour la sécurité incendie

- Arrêté du 18 mai 1998 relatif à la qualification du personnel permanent des services de sécurité incendie des établissements recevant du public.

- Arrêté du 21 février 1995 relatif à la qualification du personnel permanent des services de sécurité incendie des établissements recevant du public. (Date de mise en application 1^{er} avril 1996) Abrogé par l'arrêté du 18 mai 1998.

- Arrêté du 21 février 1995 relatif à la qualification du personnel permanent des services de sécurité incendie des immeubles de grande hauteur (IGH)

- Circulaire DH/S 12 n)94-4 du 27 janvier 1994 du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville, relative à la sécurité incendie dans les établissements de santé.

ANNEXE – 6

Document pour évaluer la prestation

ANNEXE – 7

Profil et domaine de compétences de l'infirmière