



EHESP

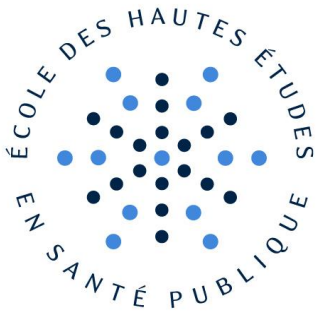
Directeur des Soins

Promotion : **2018**

Date du Jury : **Décembre 2018**

**Métiers émergents et
Gestion Prévisionnelle Emplois et
Compétences :
Enjeux de performance
pour le Directeur des Soins**

Maud LE CAZ



EHESP

« Le leadership consiste à débloquer et à augmenter le potentiel des gens »

Bill Bradley
Sénateur Etats Unis d'Amérique

Remerciements

A toutes les personnes interviewées pour leur disponibilité et la richesse des échanges dans le cadre de l'enquête.

A l'ensemble des intervenants durant ma formation à l'EHESP et en particulier à Mme Isabelle Monnier, Directrice de filière pour ses conseils précieux.

A Mme Mylène Coulaud, Directrice des Soins, qui a su m'accompagner et répondre à mes différents questionnements tout au long de cette année de formation.

Enfin je remercie mes maitres de stage Mme Dominique Perron, Mme Laurence Sombrun et Mme Brigitte Bertotto qui ont, par leur politique et leurs valeurs managériales, su me transmettre leur expérience, pour mon futur métier de Directrice des Soins.

Sommaire

Introduction	1
1 De la mouvance de l'organisation à l'adéquation des besoins	7
1.1 La mutation du secteur hospitalier et de son environnement	7
1.1.1 Des professionnels de santé à l'hyper technologie : un contexte évolutif	7
1.1.2 Une sollicitation grandissante de démocratie participative	8
1.1.3 L'universitarisation : un bouleversement des formations	9
1.2 Etat des lieux de l'évolution des métiers sensibles et émergents	10
1.2.1 Changement des caractéristiques du travail	10
1.2.2 Orientations managériales des compétences requises	11
1.2.3 Métiers concernés	11
1.3 Concepts mobilisables	14
1.3.1 L'employabilité	14
1.3.2 Le potentiel	15
1.3.3 La compétence professionnelle	16
1.4 La performance et ses outils	17
1.4.1 Le management de la performance	18
1.4.2 La politique d'accompagnement des établissements	18
1.4.3 Le projet d'établissement	20
1.4.4 La Gestion Prévisionnel des Métiers et des Compétences	22
1.4.5 Le compte personnel de formation	23
2 Une appropriation de la détection des potentiels : limites et opportunités	25
2.1 Cadre de l'enquête et méthodologie	25
2.1.1 Etablissements et populations enquêtées	25
2.1.2 Outils d'enquête	26
2.1.3 Limites et points forts de l'enquête	26
2.2 Quelles organisations face à la GPMC ?	27
2.2.1 Diagnostic des besoins en compétences et métiers émergents	27
2.2.2 Projet d'établissement et stratégie de détection des potentiels	29
2.2.3 Enjeux attendus et freins d'une stratégie anticipative	30
2.3 Quels outils investis ?	32
2.3.1 La remontée des besoins	32
2.3.2 La détection des potentiels	33
2.3.3 Les acteurs	35
2.4 Quel investissement par l'encadrement ?	36
2.5 Confrontation de l'analyse aux hypothèses	38
2.5.1 Hypothèse 1 : Projet d'établissement et repérage des potentiels	38

2.5.2	Hypothèse 2 : Binôme DRH-DS et ciblage des compétences manquantes	40
2.5.3	Hypothèse 3 : entretien professionnel et politique de formation.....	41
3	Des perspectives.....	43
3.1	Un axe stratégique : développer l’employabilité des personnels.....	43
3.1.1	Allier le projet de soin et le projet social dans une démarche de GPMC collaborative.....	44
3.1.2	Dynamiser la marque employeur de l’établissement	45
3.2	Un axe organisationnel : acculturer les cadres à la GPMC.....	46
3.2.1	La construction des référentiels de compétences.....	46
3.2.2	La définition des objectifs	47
3.2.3	L’intégration du potentiel dans les entretiens.....	47
3.2.4	Le déploiement d’un support GPMC informatisé	48
3.2.5	L’identification des passerelles.....	48
3.2.6	L’optimisation du plan de formation	48
3.3	Un axe managérial pour le DS : la marque employeur de l’établissement	49
3.3.1	La revue professionnelle	50
3.3.2	La journée des talents.....	50
3.3.3	Le Plan de développement personnel et la formation	50
3.3.4	L’exploitation et le réinvestissement des formations acquises	51
3.3.5	La mise à profit des référents.....	51
3.3.6	L’entretien de départ	51
	Conclusion	55
	Bibliographie	57
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ANFH	Association nationale la formation permanente du personnel hospitalier
ARS	Agence Régionale de Santé
ASG	Assistants de soins en Gérontologie
CAP	Cadre Administratif de pôle
CDU	Commission des Droits des Usagers
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNESER	Conseil national de l'enseignement supérieur et de la recherche
CPF	Compte Personnel de Formation
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DIF	Droit Individuel à la Formation
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DPC	Développement Professionnel Continu
DPI	Dossier Patient Informatisé
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
FPH	Fonction Publique Hospitalière
GPEC	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
GPMC	Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
GPRH	Gestion Prévisionnelle des Ressources Humaines
HAD	Hospitalisation à Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HCAAM	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
HPST	Hôpital Patient Santé Territoire
IADE	Infirmier d'Anesthésie Diplômé d'Etat
IBODE	Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat
IPO	Infirmière Pivot en Oncologie
LMD	Licence-Master-Doctorat
MNSS	Modernisation de Notre Système de Santé
ONDAM	Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie
ONEMFPH	Observatoire National Emplois et Métiers Fonction Publique Hospitalière
Peps	Paiement en Equipe des Professionnels de Santé
PMSP	Projet Médico-Soignant Partagé
TIM	Technicien de l'Information Médicale
TPER	Tableau Prévisionnel des Emplois et des Rémunérations

Introduction

L'émergence de nouveaux métiers du soin constitue aujourd'hui un enjeu majeur pour les établissements de santé, dans un contexte de bouleversement des organisations et de contraintes financières. Les transformations permanentes de l'environnement et du travail se sont accentuées des années 70 à nos jours et ont fait évoluer les collectifs de travail comme les identités métiers et favorisées les mutations organisationnelles. Le modèle, orienté vers une approche préventive et individuelle de la santé doit répondre aux nouveaux besoins de la population qui résultent de la transition démographique et épidémiologique et où l'exercice professionnel devient collaboratif. Le vieillissement de la population, la progression des maladies chroniques et la croissance des dépenses de santé ont conduit au développement de politiques de restructurations profondes de l'hôpital. Dans ce but, le dispositif législatif a apporté des modifications importantes à l'organisation hospitalière jusqu'à nos jours avec la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016¹.

Cette nouvelle orientation est un moment déterminant dans la réorganisation de notre système de santé, afin de davantage territorialiser le pilotage du système de santé, unifier et décloisonner les différents acteurs de façon à permettre une meilleure qualité de prise en charge, à un coût maîtrisé par la collectivité. La stratégie nationale de santé, tout comme l'ensemble des lois de modernisation, ont pour ambition de réorganiser le système de santé autour des patients, de structurer une véritable médecine de parcours coordonnée, en mettant fin au cloisonnement institué au milieu des années 1970 entre prévention, soins et médicosociale. Cet agencement commun en groupements hospitaliers de territoire (GHT) impose la coopération entre établissements et la coordination des parcours.

Toujours en ce sens, la loi HPST² dans l'article 51, comporte de nombreuses orientations ayant une influence sur les professions de santé. Elle pose les bases de l'éducation thérapeutique du patient, va agir sur les missions des professionnels de santé et modifier le partage des rôles et les modalités d'exercice. Les incidences sont donc fortes sur les ressources humaines et conduisent à s'interroger sur les moyens humains et les organisations nécessaires pour y répondre efficacement. Dès lors que les tâches sont réparties autrement, les contours des métiers sont appelés à évoluer.

¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

² Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Des métiers nouveaux, notamment à l'interface des métiers médicaux et paramédicaux, vont apparaître à partir de compétences élargies et les formations et qualifications doivent être revisitées. Dans ce contexte, il revient aux directeurs des soins et directeurs des ressources humaines d'anticiper les besoins à venir dans un objectif d'attraction, de fidélisation et de développement des professionnels prometteurs.

La réforme et la modernisation des établissements de santé (gouvernance, tarification à l'activité, évaluation des pratiques professionnelles, territorialisation de l'offre de soins...), la compréhension de ces évolutions, et surtout de leurs conséquences concrètes sur les principaux acteurs, est déterminante. Sur le territoire, des métiers communs, marqués par des difficultés de recrutement, des pénuries croissantes dans certaines professions et territoires, engagent à favoriser la mobilité de tous les professionnels de santé avec le développement de passerelles entre les différents secteurs. Cette structuration doit nécessairement fédérer des compétences variées, inciter au partage de compétences entre établissements, ouvrir des missions inédites tout comme voir apparaître des métiers émergents pour les acteurs du soin. Penser les changements à moyen et long terme permet de les anticiper et donc de s'y préparer. Cette adaptation ne peut se faire sans une réflexion sur les métiers, missions, niveaux de compétences et management pour l'accompagner.

Notre expérience personnelle sur plusieurs établissements de santé, nous a amené à nous questionner sur la nécessité d'un management actif des métiers émergents du soin, à ressource constante ou décroissante. Plusieurs situations de travail antérieures nous ont amené à précéder les évolutions environnementales internes et externes de l'hôpital et leurs conséquences sur les métiers, effectifs, carrières et compétences attendues. Pour exemple, en 2010, la mise en place d'un infirmier de coordination d'aval et de réseau sur un parcours de soins non programmé (non défini à l'époque comme infirmier de parcours) nous a conduits à déterminer avec l'équipe médicale, les profils attendus de ce nouveau métier soignant. Cette mission complexe et décloisonnée, nous a poussés à réfléchir aux qualités requises, compétences acquises et à développer pour permettre une intégration entre les besoins métiers et la stratégie engagée par l'établissement. Dans cet environnement, les notions de potentiels et de compétences étaient centrales dans la gestion du capital humain.

De même, la problématique de professionnels aux grades variables (cadres, IDE, AS, secrétaires) positionnés sur des missions de gestionnaires de lits, nous ont questionné sur l'importance de mettre «la bonne personne au bon endroit». L'objectif d'optimisation de l'organisation est à notre sens, facteur de fluidité et de réponse aux besoins des différents acteurs tant professionnels qu'usagers.

Tout autant, c'est en remarquant la faible valorisation de compétences rares, de formation suivies et peu réinvesties dans l'organisation que nous avons cherché tout au long de notre carrière managériale à développer l'employabilité des professionnels paramédicaux. Cette année de formation fut riche d'échange et source d'une phase préparatoire qui a débuté par la consultation de plusieurs projets d'établissement sous l'axe « stratégie de détection des potentiels ».

Dans ce contexte, la richesse des parcours, le développement de nouvelles compétences ainsi que la variété des profils, nous semblent une nécessité, pour l'employabilité des professionnels, nécessaire aux stratégies engagées par les projets d'établissement, comme pour assurer un brassage des cultures et un rapprochement entre les établissements dans le cadre des GHT. L'évolution des besoins de santé, des relations au travail et déroulements de carrière, des pratiques managériales et soignantes associés à l'efficience de gestion sont des enjeux pour les acteurs de la santé qui doivent développer la mise en place de solutions innovantes et pertinentes dans l'adaptation et l'anticipation des compétences et métiers attendus. Cela signifie qu'il faut être en capacité d'identifier les besoins en ressources, c'est-à-dire à la fois les équipes de prise en charge, celles des fonctions de soutien et de support ainsi que ceux engagés dans la structuration et la coordination des parcours en santé.

Qu'il s'agisse de référentiel métiers, de compétences, de dispositifs d'évaluation, d'élaboration de parcours qualifiants, de modalités pour détecter la compétence rare, il apparaît important d'analyser ces changements de paradigmes pour l'efficience des organisations tout comme penser les besoins à venir.

Nous nous sommes donc interrogés sur la mission du directeur des soins dans ce cadre.

Face à ce défi, les évolutions des métiers et compétences requises impactent fortement l'ensemble des missions du directeur des soins dans ses neuf champs de compétences³ puisque ses missions relèvent à la fois du niveau stratégique, du niveau de coordination et du niveau opérationnel. Le décret du 19 avril 2002⁴ précise dans l'article 4 qu'il participe à l'évolution des organisations et des activités de soins dans les domaines d'activités qui lui sont confiés puisqu'il « *développe avec le DRH l'accueil des professionnels, la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC), la politique de promotion professionnelle, les parcours professionnels qualifiants. Il participe à la définition du plan du Développement Professionnel Continu (DPC) pour les besoins des personnels non médicaux contribuant aux activités de soins* ».

³http://www.metiersfonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Referentiel_metier_de_Directeur_des_soins

⁴ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

Pour ce faire, ce dernier se doit de développer une collaboration forte avec la direction des ressources humaines afin d'investir conjointement ce management. Le Directeur des Soins étant le garant de l'organisation des soins, du niveau de compétences des soignants et acteur proactif dans la dynamique de pertinence des soins et des parcours, son rôle va être de prévoir les évolutions futures.

Cela constitue un enjeu prégnant pour le binôme DS-DRH, pour assurer la continuité des activités de soins face aux conséquences des changements économiques et technologiques sur les compétences. Dans un deuxième temps, l'évolution des métiers et missions de demain, au regard des stratégies internes et externes, est à penser, tout comme anticiper les compétences requises des métiers émergents. Pour finir, il va s'agir de concevoir la gestion des carrières au regard des besoins futurs.

L'accompagnement des parcours des soignants et des projets professionnels s'intègre pleinement dans la démarche souhaitée par la politique de stratégie nationale de santé « Ma santé 2022 », pour répondre à la nécessité d'un exercice décloisonné entre établissements de santé, structures ambulatoires et médico-sociales. Les évolutions doivent en outre faciliter le développement de nouvelles compétences, les dynamiques de coopération et les formes d'exercice mixte entre la ville et l'hôpital. Il s'agit ainsi d'offrir l'opportunité et de soutenir les professionnels qui s'engagent dans le développement de nouvelles compétences ou l'extension de leur champ d'activité (pratiques avancées, protocoles de coopération...).

La question d'une politique de détection des potentiels, d'une démarche de montée en compétences, de nouveaux modes d'exercice et d'employabilité des professionnels est désormais au cœur des missions du directeur des soins. En effet, nous pouvons supposer que cette stratégie anticipative va avoir un impact pour l'établissement concerné, dans la prévention des « fuites de cerveaux », le décloisonnement, le transfert des compétences et par la même, présumer d'une performance de l'institution. Il n'est plus suffisant de miser sur la seule émergence naturelle des talents individuels ou de démarche proactives d'évolutions professionnelles aléatoires mais de détecter des profils, rechercher les compétences « rares », les potentiels et de les accompagner notamment pour l'adaptation à l'emploi et la professionnalisation.

Nous sommes donc partis du postulat que la sélection et détection des potentiels internes à l'institution était un levier dans la recherche de compatibilité et d'intérêts convergents essentiels à une organisation performante.

La vocation de cette étude est d'offrir un état des lieux de cette implication mais aussi de proposer des pistes de solutions, pour un management stratégique, sachant nous nous attacherons uniquement aux professionnels du soin, déjà diplômés et aguerris.

Dans cette perspective, notre réflexion s'est organisée autour de secondes interrogations telles que :

- Une stratégie est-elle organisée autour de cette recherche de potentiels ?
- Quels peuvent être les ressorts d'une collaboration DS-DRH en réponse aux besoins de nouvelles compétences pour l'organisation ?
- Existe-t-il des outils à disposition et quelle en sont leurs exploitations ?
- Que peut mettre en place le DS pour promouvoir la performance de l'établissement ?

Nous formulerons donc l'objet de notre recherche au travers de la problématique suivante :

En quoi, la mise en place d'une stratégie de détection des potentiels coordonnée par le binôme DRH-DS contribue-t-elle à déterminer les besoins en métiers émergents?

Cette question de départ induit 3 hypothèses de travail :

- **Une stratégie de détection des potentiels inscrite dans le Projet d'établissement favorise le repérage des compétences rares, essentielles aux métiers émergents.**
- **Le suivi conjoint de la GPMC par le binôme DRH-DS participe à cibler les compétences manquantes.**
- **La sensibilisation de l'encadrement à l'exploitation de l'entretien professionnel permet de mettre en adéquation la politique de formation avec les potentiels repérés.**

Pour ce faire, nous avons construit notre étude avec une première partie qui a consisté à identifier des facteurs d'évolution susceptibles d'avoir un impact sur les métiers, au sens large : mutation du secteur hospitalier et de son environnement, impératifs de performance, concepts de ressources humaines et outils à disposition.

La deuxième partie sera consacrée à l'enquête, la méthodologie ainsi que l'analyse de l'ensemble des données collectées qui nous permettront de vérifier les hypothèses proposées.

Enfin dans la dernière partie, nous dégagerons des pistes de réflexions et d'actions pour notre exercice futur de Directeur des Soins.

1 De la mouvance de l'organisation à l'adéquation des besoins

Aujourd'hui, le management de la décroissance est à penser. Il s'agit de faire aussi bien si ce n'est mieux à ressources constantes ou réduites. Dans ce contexte, la réallocation des moyens et l'exploitation de l'existant s'impose tout en conservant la finalité des métiers de la santé mais en transformant leurs modalités.

1.1 La mutation du secteur hospitalier et de son environnement

1.1.1 Des professionnels de santé à l'hyper technologie : un contexte évolutif

Pour expliquer cette évolution des besoins, plusieurs raisons sont évoquées : la problématique des déserts médicaux, de l'attractivité des professions de santé, des métiers dits « sensibles »⁵ ou en tension amènent régulièrement les établissements de santé et le directeur des soins (DS), à repenser les organisations pour prévenir les ruptures de prise en charge. Dans ce contexte, les périmètres d'action bougent avec un effacement de la conception de « poste dans un service » pour les soignants. La gestion au plus juste des effectifs, souvent amplifiée par l'absentéisme ou la difficulté de recrutement dans certains établissements et activités, accentue les risques de transferts d'activités incontrôlés.

La croissance rapide de la technologie, des pratiques médicales, la robotisation engendrent une pénurie des compétences rares et une concurrence des établissements dans le recrutement des professionnels « hyperspécialisés » tant médicaux que paramédicaux. De nouvelles techniques et de nouveaux protocoles médicaux ou de soins ont pu conduire également à reconsidérer la répartition des actes. Suite au rapport du professeur Berland⁶, les transferts d'activité peuvent s'opérer en garantissant une meilleure qualité de service et de sécurité sanitaire. Ces difficultés sont en partie accompagnées avec l'officialisation de transferts de compétences⁷ et ou les protocoles de coopération permettent de mettre en place, à titre dérogatoire et à l'initiative des professionnels sur le terrain, des transferts d'actes ou d'activités de soins validés par l'Agence Régionale de Santé (ARS) tant pour les infirmiers que pour les manipulateurs en électroradiologie.

⁵ <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr>

⁶ <https://solidaritesante.gouv.fr/Rapport> relatif aux métiers en sante de niveau intermédiaire

⁷ Loi HPST du 21 juillet 2009 art. 51

L'officialisation des infirmiers de pratiques avancées⁸ en juillet dernier, tout comme les politiques de mutualisation des compétences et de mobilité, liées à la recherche d'efficacité et de rationalisation des ressources, engagent aussi les directions à une poly compétence des acteurs.

Ces réorganisations des modes d'intervention auprès des patients réclament un enrichissement des compétences des métiers du soin, que l'on retrouve également avec la révolution numérique à l'immatérialité croissante, qui modifient les organisations de travail et entraînent des transformations majeures dans la pratique de l'ensemble des professionnels. Selon Dominique Polton, présidente de l'Institut national des données de santé (INDS), « *Au-delà du contenu des métiers, la donnée de santé transforme déjà les conditions de la pratique* ». L'intelligence artificielle, qui devrait permettre d'automatiser certaines tâches répétitives, transformera de nombreux métiers : elle requerra une évolution forte des qualifications et des compétences ; et pas seulement des compétences informatiques.

1.1.2 Une sollicitation grandissante de démocratie participative

La communication avec le patient évolue aussi et le citoyen devient partie prenante. L'orientation vers le patient constitue un virage important dans l'organisation de l'hôpital, avec le concours de l'utilisateur dans la décision, tant dans les soins eux même, que dans son intervention dans les instances comme la Commission des Droits des Usagers (CDU). Le patient devient acteur du changement et joue un rôle dans sa propre prise en charge depuis la loi du 4 mars 2002⁹. L'implication des citoyens est requise par un choix éclairé, tout comme la décision partagée dans les démarches diagnostiques et thérapeutiques qui les concernent. L'accès de la population aux informations générales sur la santé sont déployés et accessibles avec entre autre, le développement du service public d'information en santé (SPIS)¹⁰ ayant pour mission, la diffusion gratuite et large des informations relatives à la santé, aux produits de santé, à l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale.

Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAS) préconise plusieurs scénarios d'évolution possibles dans son rapport de contribution à la stratégie de transformation du système de santé¹¹ dont l'accentuation du rôle de l'utilisateur. Par ailleurs, la prise en charge concertée des patients, conduit les équipes soignantes à reconsidérer les pratiques de soins (ex. équipe mobile).

⁸ Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée

⁹ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

¹⁰ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, art.88

¹¹ Rapport de Contribution du HCAAM à la Stratégie de transformation de notre système de santé,

Cette préconisation est aujourd'hui entendue par la politique de santé « Ma santé 2022 » dès la formation des professionnels tout comme dans tout le suivi des prises en charge et parcours. Nombre d'établissements engagent une dynamique en ce sens et voient naître de nouvelles postures professionnelles, avec pour exemple, l'inclusion des soignants dans la consultation d'annonce. Cette démarche mobilise une chaîne d'acteurs qu'il faut former puis coordonner, et qui modifie le champ d'action et le rapport des professionnels au patient. Aujourd'hui, des compétences en communication et le partage d'information dans la décision partagée appuyée par la législation et promue par la Haute Autorité en Santé (HAS)¹² sont requises.

1.1.3 L'universitarisation : un bouleversement des formations

Le lancement des travaux de réingénierie selon le modèle licence-master-doctorat (LMD) des formations paramédicales, avec une première mise en œuvre en septembre 2009 pour la formation infirmière, est le deuxième événement qui modifie fortement le contexte d'exercice des directeurs des soins en charge d'instituts de formation, non seulement en modifiant en profondeur le contenu et les modalités de formation, mais aussi en intégrant un nouvel acteur dans le processus de formation : l'université.

Menée par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la réingénierie des diplômes conduit ce travail de réflexion sur l'élaboration des référentiels d'activités et de compétences pour chaque métier. A été élaboré un référentiel unique de formation (fondamentaux, cœur de métier, méthodologie) selon les métiers avec pour objectif une même démarche métier-compétences. A ce jour, un certain nombre de métiers du soin ont leur référentiel, qui a fait l'objet de publication au journal officiel. La poursuite de la démarche est engagée avec les infirmiers spécialisés, les métiers de la rééducation, médicotecniques, appareillage, audioprothésistes et opticiens.

Dans la stratégie nationale de santé dite « Ma santé 2022 », du 18 septembre 2018, Frédérique Vidal, ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation précise que « *préparer l'avenir, c'est aussi créer les formations qui aujourd'hui n'existent pas* ». Au regard de cette politique de réingénierie globale, de l'universitarisation des études, croisés au répertoire des métiers¹³, des passerelles entre métiers seront possibles. Pour autant, les « métiers de demain » ne sont pas encore inclus à ce répertoire ou en cours de formalisation comme les coordonnateurs de parcours, de pratique avancée ou gestionnaires de lits, bien que pour certains, définis par la législation.

¹² Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie dite loi Léonetti modifie le Code la santé publique, art. L. 1110-5 et L. 1111-10.

¹³ <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr>

1.2 Etat des lieux de l'évolution des métiers sensibles et émergents

Cette notion d'évolution des besoins va, avec le temps, faire émerger de nouvelles formes de compétences requises, que la loi encadre en partie. Nous nous sommes appuyés sur l'étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique¹⁴ ainsi que sur le listing de son répertoire des métiers¹⁵ et nourrit du rapport Berlan relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire¹⁶, pour faire cet état des lieux.

Nous nous attacherons dans cette présentation, aux seuls métiers du soin qui nous concernent en tant que Directeur des Soins, bien que ce dernier se doive d'avoir une vision globale sur cette problématique et d'offrir son expertise à ses collaborateurs pour les autres métiers. De même, il s'agira ici de ne présenter uniquement que quelques métiers sensibles ayant vocation à évoluer sans s'attacher à ceux dont la pénurie impacte aussi les organisations. A noter que la définition de « métiers sensibles » comprend ceux avec : évolution du contenu des métiers, des modes de coopération entre professionnels ; émergence de nouvelles compétences ; émergence de nouveaux métiers ou de nouvelles fonctions.

1.2.1 Changement des caractéristiques du travail

Ce constat, associé à notre propre expérience ainsi que lors d'un entretien informel avec un directeur des soins a permis de préciser la recherche qui suit sur les caractéristiques du travail qui changent :

- la rationalisation des effectifs demande la recombinaison des emplois autour d'une recherche de polyvalence et poly compétence des soignants,
- l'abandon de la notion d'emploi dans « un poste, un service » avec élargissement du périmètre de travail du service au pôle, du pôle au GHT, redimensionne l'environnement géographique et incite à la mobilité,
- le suivi des patients dans leur parcours de soins exige une expertise de l'environnement et un haut niveau de qualification,
- l'accélération des rythmes de travail et le raccourcissement des délais avec le développement de l'ambulatoire et la réduction des durées moyennes de séjour (DMS) encouragent à l'action et la prise de décision rapide et qui font appel à une intelligence des situations,
- l'augmentation des modalités de contrôles, d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et procédurisations croissantes exigent une bonne maîtrise de la réglementation et une veille constante quant aux nouvelles normes,

¹⁴ Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière, tome 2, 2007

¹⁵ <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr> – métiers sensibles

¹⁶ [solidarites-sante.gouv.fr/.../Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire](http://solidarites-sante.gouv.fr/.../Rapport%20relatif%20aux%20metiers%20en%20sante%20de%20niveau%20intermediaire)

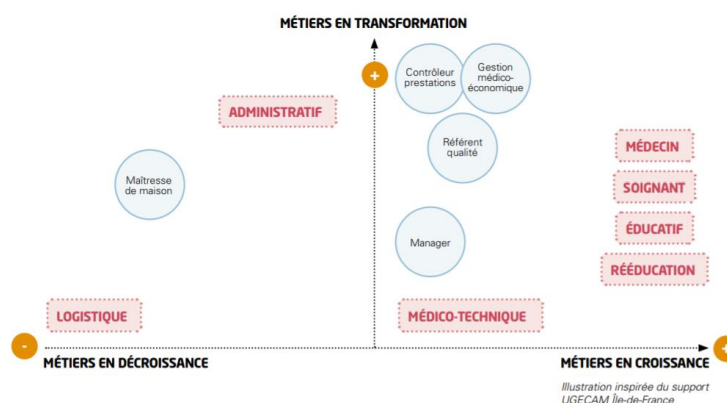
- la dématérialisation d'une partie du travail nécessite des capacités inédites d'abstraction et de connaissance de la logique informatique,
- la maîtrise accrue des nouvelles technologies appellent à l'hyper expertise,
- la demande de vision globale du processus de prise en charge des patients, des interactions et de l'organisation de l'hôpital suppose autonomie et marge de manœuvre.

1.2.2 Orientations managériales des compétences requises

Cela signifie pour l'établissement, un repérage de qui fait quoi et des besoins de formation et d'outils d'information mais aussi, pour le dispositif de santé, de valoriser l'activité de gestion, coordination et de prise en charge sociale. L'objectif va être de :

- Développer des compétences en analyse médico-économique et de gestion : compétence médico-économique, managériale, gestion des ressources humaines, conduire le changement ;
- Développer une culture qualité comprise par tous les acteurs autour d'un projet d'établissement clair et porteur ;
- Développer des compétences de coordination en intégrant l'amont et l'aval : des compétences relationnelles et une connaissance de l'environnement pour les personnels soignants et administratifs en charge du patient ;
- Développer des missions d'information et de conciliation aux patients, impliquant l'ensemble des personnels en relation avec les patients et les familles ;
- Développer des missions d'éducation et de prévention des plus réduites aux plus techniques jusqu'aux éléments sociaux et psychologiques ;
- Anticiper les incidences du déploiement des systèmes d'information sur les emplois les plus impactés ;
- Faciliter la mobilité et le développement des passerelles (allers-retours, formateurs occasionnels).

1.2.3 Métiers concernés



Les GHT ont entraîné, pour les soignants, le développement de certains postes de coordination mais aussi d'expertise, qui vont devenir indispensables à l'échelle territoriale et qui n'auraient pas été forcément créés à l'échelle d'un seul établissement. Cela a également engendré une demande de montée en compétences des paramédicaux ainsi que l'évolution des pratiques professionnelles autour du parcours de soin.

Pour faire suite à nos propos, la présentation ci-dessous ne se veut pas exhaustive mais désigne plusieurs métiers issus des travaux de l'ONEMFPH, qui a déterminé le groupe des 10 métiers les plus sensibles et stratégiques qui sont impactés tant dans leur zone d'activité, que dans les compétences et missions en voie d'évolution :

- Dans l'administratif en sphère clinique : cadre administratif de pôle, secrétaire médicale, technicien d'information médicale,
- Dans les supports : acheteur, contrôleur de gestion, responsable de système d'information,
- **Dans le soin :**
 - Métiers aux compétences rares : infirmier de pratique avancée¹⁷, perfusionniste,
 - Métier de management : cadre de pôle ou de proximité, cadre d'ordonnancement,
 - Métiers de coordination : infirmier de coordination de parcours, gestionnaire de lits,
 - Métier avec besoin de montée en compétence : corps infirmier, aide-soignant, aide médico-psychologique, auxiliaire de puériculture, manipulateur en électroradiologie,

Nous citerons quelques professions qui suscitent un intérêt tant pour leur compétence rare que pour leur intérêt stratégique. Nous nous sommes basés sur les caractéristiques actuelles des métiers (activités, compétences, profil, positionnement, recrutement, formation, parcours, effectifs), les facteurs d'évolution qui impactent le métier et les caractéristiques futures du métier (activités, compétences, profil, positionnement, recrutement, formation, parcours, effectif).

L'hygiéniste : Au-delà de ses missions internes à l'institution, l'hygiéniste se voit devoir intégrer la coordination de nouveaux partenaires et réseaux avec l'ouverture à la ville, développer des compétences de conseil aux usagers, maîtriser des notions juridiques, associer le développement durable à ses pratiques.

Le coordinateur Qualité-Gestion des risques : Avec l'évolution régulière du contenu des certifications, du développement des indicateurs et de leur répercussion économique (IFAQ, indemnisations, etc.), le coordinateur qualité-gestion des risques est un élément

¹⁷ Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée

clé dans la stratégie d'un établissement qui exige une évolution des connaissances, une maîtrise des systèmes d'information et compétences managériales adaptées à un très large public (directions, médecins, logistique, etc.).

Le coordinateur de parcours ou de réseau de santé : Deux types de coordination sont définies: la coordination de pilotage et la coordination de terrain. Alors que la première fait davantage appel à des compétences de management, principalement présentes chez les professionnels encadrants, la seconde est une fonction qu'on va trouver dans un nombre de métiers de plus en plus importants. Les nouveaux métiers de coordination paramédicales signifient un repérage des capacités et potentiels d'adaptation aux nouveaux besoins de l'organisation, des compétences de coordination et de connaissance de l'environnement, de savoir travailler en collaboration avec l'extrahospitalier.

Le gestionnaire d'ordonnancement : Gestionnaire de flux patients ou encore gestionnaire de séjours, son périmètre d'action est défini selon les établissements allant de la recherche de lits d'aval à la coordination des séjours, anticipation des sorties, adaptation des effectifs à la charge d'activité ou encore suivi des séjours longs. A ce jour, de nombreux profils professionnels sont positionnés sur ces postes stratégiques (brancardier, AS, secrétaire, cadre, IDE) qui demandent pourtant une maîtrise globale du fonctionnement de l'organisation, des qualités de coordination et collaboration.

L'infirmière de Pratique Avancée (IPA) ¹⁸ : Le décret précise que la pratique avancée recouvre des activités dans la prise en charge des pathologies chroniques stabilisées et des poly pathologies courantes en soins primaires, l'oncologie et l'hémato-oncologie, la maladie rénale chronique, la dialyse, la transplantation rénale.

L'aide-soignant : Avec l'évolution du vieillissement de la population, l'exercice aide-soignant évolue et l'actualisation des référentiels d'activités/compétences¹⁹ et de leur formation est en cours afin de mieux répondre aux réalités de leur exercice.

Le cadre d'unité : Le mode d'exercice des cadres de santé demande aujourd'hui un travail de proximité comme des compétences de gestion, de maîtrise du dialogue social.

¹⁸ Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée

¹⁹ Consultations Stratégie de transformation du système de santé, « Transformer les conditions d'exercice des métiers dans la communauté hospitalière », sept. 2018

1.3 Concepts mobilisables

Face à ces postulats, tous ces acteurs au potentiel d'évolution s'ont-ils pour autant repérés ?

1.3.1 L'employabilité

Dans le contrat qui unit un employeur à un professionnel, la notion de contribution de ce dernier contre rétribution est indissociable. Pour ce faire cette contribution doit répondre aux attentes de l'établissement ainsi qu'à l'employabilité des acteurs, soit la capacité à évoluer face aux changements, qu'ils soient organisationnels, professionnels ou de l'ordre de la compétence attendue. L'employabilité permet d'adapter les individus au marché du travail mais aussi de les **accompagner dans les mutations internes** de l'entreprise et de faciliter leur adaptation aux transformations de l'environnement.

L'employabilité se décline sous deux angles : celle de l'employé et celle de l'employeur. Pour l'employé, il s'agit selon le Ministère du Travail, de « *la capacité d'évoluer de façon autonome à l'intérieur du marché du travail, de façon à réaliser, de manière durable, par l'emploi, le potentiel qu'on a en soi* ».

L'employabilité dépend des connaissances, des qualifications et des comportements qu'on a, de la façon dont on s'en sert et dont on les présente à l'employeur. A prendre en compte, 3 notions :

- L'employabilité biographique qui est le parcours qualifiant autrement dit le CV,
- L'employabilité différentielle qui va permettre à l'institution de comparer les employabilités entre différentes personnes,
- **L'employabilité projective** qui permet de prendre en compte les compétences acquises lors d'une expérience passée pour pouvoir valoriser, mettre en avant son projet professionnel et qui va nous intéresser dans la détection des potentiels.

Selon Le Boterf²⁰ pour l'employeur, trois conditions doivent être réunies :

- organiser la situation de travail et la mobilité interne pour le développement des compétences,
- réunir les conditions nécessaires pour faciliter la responsabilisation des employés sur l'élaboration, la réalisation et l'évaluation de leurs projets individualisés de développement des compétences,
- mettre en place un dispositif d'évaluation et de validation de l'apprentissage et établir une correspondance entre les compétences validées dans l'entreprise et les systèmes de certification.

²⁰ Le Boterf G. (2002), « Ingénierie et évaluation des compétences », Organisation, Paris, p.233

Le développement de l'employabilité se réalise dans l'interaction entre les caractéristiques de l'individu, les politiques de ressources humaines et le marché du travail. Le moyen le plus logique pour maintenir et développer l'employabilité du professionnel est la formation. Encore faut-il avoir anticipé en amont une stratégie de priorisation des besoins, détection des potentiels et d'avoir recueilli les vœux formulés par les salariés. L'entreprise peut également favoriser les opportunités de mobilité, de carrière, et favoriser le développement personnel. C'est là que la notion de potentiel intervient.

1.3.2 Le potentiel

Le potentiel peut se définir comme un ensemble de dispositions personnelles favorables ou capacités probables à assurer des responsabilités futures de qualification ou missions supérieure dont les exigences nouvelles demanderaient un potentiel d'adaptation. Cela peut aussi se traduire par une capacité avérée à être productif et à évoluer sur un poste de niveau supérieur par le dépassement des attendus sur le poste actuel.

Les potentiels sont de différents types et ont souvent été utilisés sous le terme de « haut potentiel » par les entreprises dans le cadre de leur recherche de dirigeants souvent déjà qualifiés aux postes clés. Ici nous pourrions aller jusqu'à nous rapprocher du concept de talent. La notion de potentiel n'est pas nécessairement hiérarchique mais aussi une capacité à un élargissement important du périmètre de responsabilités et un challenge pour un projet par exemple ; une mobilité pour une mission spécifique ou en transversale ; une évolution fonctionnelle.

Le potentiel peut donc se décliner sous l'égide de futurs experts, nouveaux métiers ou professionnels aux missions élargies, aux caractéristiques non moindre pour faire la différence face à la concurrence, qui, dans un contexte de recherche d'efficience peut devenir une valeur ajoutée pour l'hôpital qui les détient.

Une détection précise de ces professionnels s'avère utile, pour éviter les « fuites de cerveaux » et pour que ces sujets ne se dirigent vers d'autres horizons : celui du management opérationnel comme seule perspective d'évolution supposée et pour lesquels ils n'ont pas obligatoirement les dispositions ; de sortir du marché professionnel par une reconversion hors de celui du soin ; de développer une errance professionnelle par défaut d'exploitation de leur potentiel.

Gérer les potentiels est avant tout déterminé par la stratégie d'entreprise et par son organisation dans son projet d'établissement. Au regard de ce dernier, elle va estimer quelle est la capacité d'un individu à occuper un poste clé.

En ce qui nous concerne, la temporalité a ici encore son importance puisqu'à la différence de la compétence, il ne concerne que le futur et c'est un pari sur l'avenir de la capacité d'un individu à assurer des responsabilités sur un besoin.

1.3.3 La compétence professionnelle

Selon G. Le Boterf²¹ la compétence se définit comme suit : « *on reconnaîtra qu'une personne sait agir avec compétence* :

- si elle sait combiner et mobiliser un ensemble de ressources pertinentes (connaissances, savoir-faire, qualités, réseaux de ressources...),
- pour gérer un ensemble de situations professionnelles, chacune d'entre elles étant définie par une activité clé à laquelle sont associées des exigences professionnelles (ou critères de réalisation de l'activité),
- afin de produire des résultats (services, produits) satisfaisant à certains critères de performance pour un destinataire (client, usager, patient...).

Il s'agit en premier lieu, de traiter les questions de compétences, selon un nouveau paradigme proposé par G. Le Boterf²² organisé autour de la question « Qu'est-ce qu'un professionnel compétent ? » et non pas autour de la question « Qu'est-ce qu'une compétence ? ».

Un certain nombre de compétences sont acquises lors de la formation initiale et garanties par un diplôme, qui va permettre d'assurer une qualification permettant de juger ou de décider dans un domaine ou contexte particulier. D'autres compétences vont être assurées par l'expérience professionnelle et personnelle, permettant de fonctionner dans une activité donnée. L'organisation, qu'est un établissement de santé, va directement dépendre des personnes qui la constituent et donc de leurs compétences, motivations, stratégies personnelles et représentations individuelles.

La mouvance des situations de travail et le besoin d'adaptabilité des politiques de santé ont amené le concept de compétence professionnelle au cœur des hôpitaux. Le besoin en de nouvelles capacités, comme la prise d'initiative et le travail collaboratif pour gagner en employabilité, mènent aujourd'hui à la construction d'une gestion des compétences. La notion de compétence est ici clairement établie plutôt que de manière sectorisée par statut ou origine professionnelle. De même on passe d'une logique de poste à une logique de valorisation des savoirs, savoirs-être et savoir-faire.

La démarche a été conduite avec la construction de référentiels de compétences pour nombre de métiers du soin et les fiches métiers permettent d'introduire la notion de

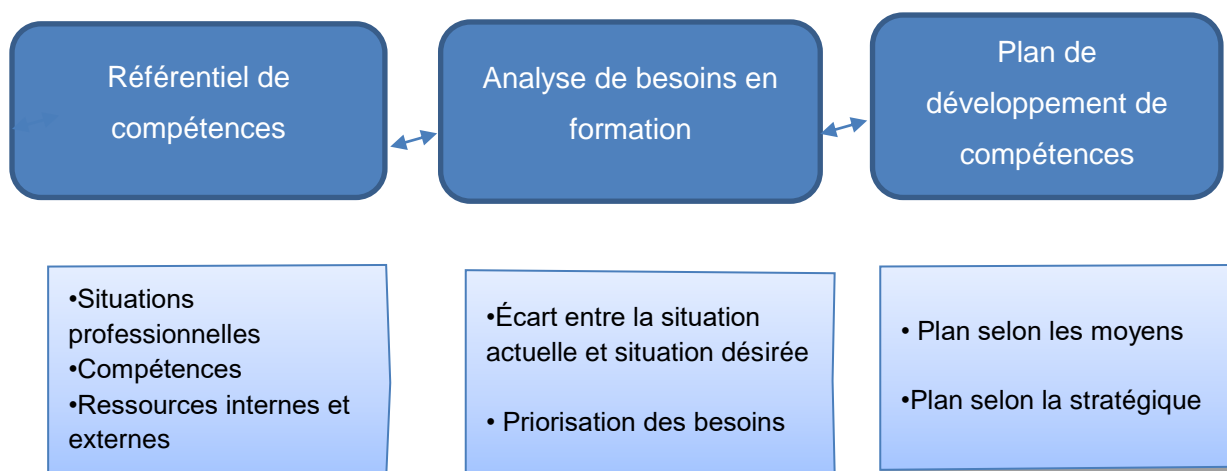
²¹ Le Boterf, G. Construire les compétences individuelles et collectives, Editions d'Organisation, 2004

²² Le Boterf G., Repenser la compétence, Paris, Eyrolles, 2010

performance, de capitalisation des compétences et d'évaluation de ces dernières. Les grilles de classification des compétences (référentiels) formelles et parfois bureaucratiques ont le mérite de donner une ligne directrice et objectivable aux cadres dans l'évaluation de leur personnel lors des entretiens professionnels et par l'évaluation des pratiques professionnelles entre autre.

Gérer les compétences signifie reconnaître la nécessité de mettre en place un système d'évaluation, formation et suivi, organisé autour de principes directeurs et de modalités de déploiement communes à l'ensemble des pôles et des salariés.

Du référentiel de compétences au plan de développement des compétences



1.4 La performance et ses outils

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « *la performance est la capacité à mobiliser les ressources disponibles pour améliorer la santé, développer la capacité du système à prendre en compte les attentes de la population et réduire les iniquités de financement du système* ».

Dans son appropriation par l'hôpital, il s'agit certes en première instance, de répondre à des enjeux globaux dont les incidences sont larges : contrôle de l'augmentation des dépenses de santé, exigences accrues de qualité et de sécurité de la part de la société, tensions sur le marché du travail et concurrence entre opérateurs publics et privés.

Plusieurs impacts collatéraux touchant presque tous les métiers des établissements publics de santé sont à prendre en considération :

- Un impact organisationnel : mettre en place puis faire fonctionner les parcours de santé liés aux filières définies par l'institution,

- Un impact managérial : prendre les mesures de gestion et de coordination, les faire comprendre et appliquer,
- Un impact dans le champ des métiers : une mutation des métiers du soin stricto sensu avec des besoins qui engendrent de la haute technicité et un niveau élevé de compétences et de qualification.

1.4.1 Le management de la performance

Le management de la performance s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue et peut s'approcher selon deux modèles, par le but et par les ressources.

L'approche par le but est une méthode qui prend la vision globale ou l'orientation stratégique de l'entreprise et la convertit en objectifs à atteindre. Cette approche lie l'organisation, les individus, les initiatives et activités à l'orientation globale de l'entreprise qui peut ici être traduite par le projet d'établissement.

L'approche par les ressources, qui nous intéresse plus dans le traitement de notre sujet, s'inscrit comme un outil managérial qui vise à engager les salariés dans un projet d'entreprise. Cette méthode a pour objectif de développer l'intelligence « collective » de l'entreprise en incitant les salariés à dynamiser des comportements professionnels favorisant la réussite collective. Le pilotage de la performance se réalise conjointement, la direction métier que nous pouvons associer à celle du directeur des soins, assurant un support fonctionnel.

Elle demande des qualités de coopération et d'adaptation dans le travail ; l'enjeu étant d'inciter l'engagement personnel du salarié afin de mieux répondre aux exigences de la performance collective et se mesure en termes d'efficacité, de résultats et d'adhésion au changement. L'approche des ressources et des compétences s'appuie sur des dispositifs d'évaluations personnalisées qui encouragent les stratégies individualistes et ou les référentiels de compétences fournissent des repères qui permettent à chacun de mesurer sa progression en vue d'une promotion. En établissement et au-delà de la stratégie impulsée, cette démarche sous-tend une collaboration active entre le directeur des ressources humaines et le directeur des soins ; une collaboration ascendante et descendante entre le niveau stratégique et le niveau opérationnel et une forte implication et adhésion des professionnels d'encadrement.

1.4.2 La politique d'accompagnement des établissements

En 2001, l'Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière (ONEMFPH) est créée pour amener une vision prospective d'accompagnement du changement aux directions et aux managers.

Sa mission sera multiple : celle de suivre l'évolution des emplois dans la fonction publique hospitalière et réaliser un diagnostic sur les données existantes, de contribuer au développement d'une stratégie de Gestion Prévisionnelle et Prospective des Emplois et de proposer des orientations prioritaires notamment en matière de formation pour le maintien d'une démarche qualitative des métiers.

Depuis janvier 2008, les entreprises de plus de 300 salariés sont obligées de négocier la mise en place d'un dispositif de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences. Cette loi de programmation de cohésion sociale dite « loi Borloo »²³ a été votée le 18 janvier 2005 et en légiférant dans ce domaine, l'Etat oblige les entreprises à anticiper et à prévoir leurs besoins en compétences et en effectifs pour permettre de réguler et de favoriser la situation du marché du travail. Par ailleurs cette loi s'inscrit dans la suite des mesures de formation tout au long de la vie.

Pour aider les établissements, l'ONEMFPH, avec l'étude prospective des métiers sensibles de la Fonction Publique Hospitalière, propose de penser la gestion des ressources humaines, en termes de fonctions et de métier plutôt que de postes et de grades. Ce processus de gestion des compétences s'articule autour des étapes :

- d'évaluation (entretien, recrutement, intégration, mobilité, détection des potentiels, bilan de compétences),
- d'accompagnement (formation, passeport compétences),
- de capitalisation (compétences individuelles et collectives, perspectives),
- de reconnaissance (VAE, rémunération, possibilités d'évolution).

De même, en mai 2018, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) rendait un rapport de contribution à la Stratégie de transformation de notre système de santé²⁴ qui relatait dans son article 2.3, le souhait qu'une réflexion soit ouverte permettant de réorienter les formations pour intégrer le besoin de médecine polyvalente et favoriser la capacité des professionnels de changer d'orientation au cours de leur vie. Cette même préoccupation s'applique à la définition des formations et compétences des professionnels paramédicaux de pratique avancée. Le schéma proposé suppose en outre, de faciliter dans un certain nombre de cas, les possibilités d'exercices mixtes et les évolutions professionnelles tout au long de la vie. Ces mesures visent à répondre à ces attentes de transition, reconversion professionnelle, pour s'adapter aux besoins spécifiques de certains secteurs d'activité et pour anticiper les mutations des métiers.

²³ Loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale

²⁴ http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/avis_hcaam-24 mai 2018

Dans le rapport Bagorski-Marx du 24 août 2018²⁵ remis à Mme Muriel Pénicaud, Ministre du travail, la transformation des opérateurs de compétences (OPCO) Santé regrouperait les professions de la santé et du médico-social avec les fondements suivants :

- Le défi du vieillissement de la population ; des enjeux du développement de la santé,
- Une forte cohérence de métier, de filière, d'enjeux de société, autour de la même activité du soin, quel que soit le statut (public, privé, associatif, lucratif ou non lucratif, en établissement ou indépendant),
- Une mobilité forte et de nombreuses trajectoires professionnelles entre les différents secteurs sociaux et médicosociaux.

Ces configurations font émerger des besoins en de nouvelles capacités cognitives et professionnalités. Dans ce contexte, les compétences et métiers du soin doivent évoluer pour pouvoir répondre à ces enjeux définis par le projet d'établissement.

En septembre 2018, toujours dans cette veine, le gouvernement a réformé l'apprentissage et la formation professionnelle avec la loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel²⁶, dans un objectif d'affirmation de critères de cohérence des métiers et compétences, de cohérence de filière, d'enjeux communs de compétences, de formation, de mobilité, de services de proximité et de besoins des entreprises.

La rénovation du compte personnel de formation (CPF) va permettre de répondre aux 50% de métiers qui vont être amenés à changer dans les 10 ans.

De même, les rapports remis à la ministre des Solidarités et de la Santé cet été, ont permis de déterminer 3 engagements prioritaires pour mener à bien le projet « Ma santé 2022 », dont le fait de repenser les métiers et la formation des professionnels de santé.

1.4.3 Le projet d'établissement

La loi du 17 janvier 2002 article 11, et l'Ordonnance n° 2005 - 406 du 2 mai 2005 article 11, ont donné une nouvelle définition au Projet d'Etablissement: « Le Projet d'Etablissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'Etablissement. Il prend en compte les objectifs de formation, de recherche, de gestion et détermine le système d'information de l'établissement. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques, ainsi qu'un projet social ». Le Projet d'Etablissement apparaît comme un document d'ensemble, liant les axes stratégiques et la gestion, et non comme la somme de projets individuels ou spécifiques. Il favorise, prépare, anticipe les changements autour de choix expliqués et d'actions bien identifiées. Il témoigne de la

²⁵<https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport> j.-M. Marx-R.Bagorski-igas-operateurs de compétences

²⁶ Loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel

recherche permanente de la qualité, inscrite dans la culture de l'établissement, de la volonté de travail en réseaux et d'une ouverture vers l'Etat, les collectivités territoriales, les organismes de financement, les associations, de la construction permanente d'un dialogue avec l'ensemble des acteurs et des partenaires de l'institution.

Construit par un ensemble de volets, il traduit l'aptitude de l'institution à s'adapter à la diversité et à la complexité autour des :

- Projet Médical qui a arrêté les orientations stratégiques médicales en conformité avec le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et à partir de l'expression des besoins de santé du Territoire. Il s'articule majoritairement sur le travail en réseau et la formalisation des partenariats, l'inscription dans une démarche qualité,
- **Projet de soins** articulé avec le projet médical et qui développe des grands objectifs tel que: la prise en charge de la personne soignée, les compétences des professionnels, l'organisation des soins, la formation et la recherche,
- **Projet social et managérial** de développement des ressources humaines qui s'inscrit dans la mise en œuvre de la GPMC, développement du management des savoirs et des compétences professionnelles, qualité de vie au travail,
- Projet qualité et gestion des risques qui affirme la volonté de garantir au malade des prestations de qualité incluant régulièrement l'évolution des pratiques professionnelles, la gestion des risques.

Le GHT ayant pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité, chaque groupement a élaboré un projet médico-soignant partagé (PMSP) garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours²⁷.

6 grandes thématiques concentrent ce PMSP :

- La qualité et la sécurité des soins
- Les démarches éducatives et de promotion en santé
- L'Intégration des nouvelles technologies
- **Les compétences rares et critiques, les filières d'expertise, l'attractivité des professionnels**
- L'enseignement, la promotion de la recherche, la formation
- L'accompagnement des cadres.

²⁷ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, art. 107

1.4.4 La Gestion Prévisionnel des Métiers et des Compétences

La fonction publique hospitalière (FPH) comptant plus d'1 millions de personnes soit 4,2% de la population active, elle présente 201 métiers de la santé et de l'autonomie.

Initiée dès 2002 dans la fonction publique hospitalière, elle a été marquée notamment par les travaux de l'observatoire national des emplois et des métiers de la fonction publique hospitalière (ONEMFPH). Ces métiers sont référencés dans le répertoire de la FPH qui est préconisé comme outil de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC). En 2010, l'État va, par l'intermédiaire de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), encourager les établissements de santé à mobiliser tous les leviers d'action de la gestion des ressources humaines dont la GPMC est un axe essentiel et à s'inscrire dans une logique prévisionnelle nécessaire. Enfin, la mise en place du développement professionnel continu (DPC) sera initiée par la loi HPST et aujourd'hui adapté par la loi de Modernisation de Notre Système de Santé (MNSS).

La GPMC peut être définie comme : «Une démarche d'ingénierie des Ressources Humaines qui consiste à concevoir, à mettre en œuvre et à contrôler des politiques et des pratiques visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources de l'entreprise, tant sur le plan quantitatif (en terme d'effectifs) que qualitatif en terme de compétences » .

Elle intègre une dimension qui est celle de la **prévision de l'évolution des compétences requises** pour chaque métier. L'objectif est d'éviter à tout prix, la rupture de recrutement, répondre aux problématiques des métiers en tension et pouvoir positionner un professionnel au bon endroit, au bon moment, telle pourrait être la devise sous-jacente de la GPMC. Elle vise à piloter les effectifs et les compétences des ressources humaines à moyen et long terme. Outil de gestion, elle emprunte deux conceptions de la GPRH (Gestion Prévisionnelle des Ressources Humaines) : la gestion prévisionnelle de l'emploi et la gestion anticipée des compétences.

Par la méthodologie utilisée, les établissements doivent pouvoir concilier en permanence les besoins collectifs et individuels. La GPMC devient donc une obligation juridique permanente mais c'est avant tout un outil de développement indispensable à toutes les entreprises. Cette démarche comporte 2 axes : un axe collectif pour anticiper l'évolution nécessaire des métiers, des emplois et des compétences et un axe individuel pour accompagner chaque salarié à être acteur de son parcours professionnel.

Le volet collectif détecte les points relatifs à l'évolution des métiers, des emplois, des compétences, des effectifs et anticipe les écarts possibles entre besoins et ressources sur un plan qualitatif et quantitatif. Il définit des règles et moyens facilitant l'ajustement.

Le volet individuel vise à promouvoir de manière anticipée le développement des capacités d'évolution de chaque salarié dans le cadre de son parcours professionnel.

Selon Maurice Thevenet, professeur au Cnam et à l'Essec, « *Il en découle divers plans d'action... C'est l'idée d'un apprentissage des compétences tout au long d'une carrière dans des postes et des métiers différents... c'est anticiper les compétences dont elles auront besoin demain* ».

Le chef d'établissement, le DRH et le DS disposent de différents leviers d'actions de GPMC comme :

- La stratégie de l'établissement traduite dans le projet d'établissement,
- Les orientations du plan de formation,
- L'organisation du travail,
- La politique de recrutement,
- Les mouvements internes.

1.4.5 Le compte personnel de formation

Le plan de formation, inclus au projet d'établissement, est traité par la direction des ressources humaines dans sa globalité en collaboration avec le directeur des soins, engagé dans l'aspect développement des compétences des soignants.

Suite à l'ordonnance du 19 janvier 2017, le statut général des fonctionnaires dispose désormais d'un « Compte personnel d'activité (CPA) ouvert pour tout fonctionnaire. Dans son titre I intitulé « compte personnel d'activité et formation professionnelle tout au long de la vie », il modifie les dispositions relatives au droit à la formation professionnelle tout au long de la vie des fonctionnaires²⁸.

Le Compte personnel d'activité (CPA) est un nouvel outil ayant pour objectifs de renforcer l'autonomie et la liberté d'action de chaque fonctionnaire ainsi que de faciliter son évolution professionnelle.

Concrètement, il regroupe deux dispositifs :

- Le Compte personnel de formation (CPF)²⁹: nouveau dispositif devant permettre à tout fonctionnaire, soit d'accéder à une qualification, soit de développer ses compétences dans le cadre d'un projet d'évolution professionnelle. Il remplace le Droit individuel à la formation (DIF).

²⁸ Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, art. 22

²⁹ moncompteactivite.gouv.fr.

Accompagnement dans la construction des parcours professionnels, il permet d'acquérir un crédit d'heures mobilisable pour des actions de formation et faciliter un projet d'évolution professionnelle de mobilité, promotion ou reconversion professionnelle.

- Le compte d'engagement citoyen (CEC) : il s'agit d'activités de service civique (réserve militaire, civile et sanitaire, certains bénévoles) qui donnent droits à formation supplémentaire.

Le choix des thématiques proposées, leur priorisation ainsi que le mode de sélection est donc à déterminer, non seulement dans un objectif d'efficience mais aussi de transparence et de cohérence avec la stratégie de l'établissement. Se pose aussi aujourd'hui, la question des métiers dont la qualification ou la formation n'existent pas sur le marché du travail et qu'il s'agit de former en interne (ex. coordinateur de parcours, cadres supérieurs de pôle...).

Face à cette évolution du monde professionnel, "que va-t-on avoir besoin de développer comme formation pour répondre au besoin de développement de ces compétences des métiers et missions émergents? ».

Selon Mme Emmanuelle Quillet, directrice de l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), il est nécessaire de dégager quatre compétences: les "capacités communicationnelles", la "bonne connaissance de l'environnement", les "aptitudes relationnelles" et "les compétences organisationnelles et techniques". De même, une perception d'un nombre restreint de formations spécifiques (ex à la coordination) du fait d'une fonction qui n'est pas totalement « normée » et d'une diversité de thématiques, situations et publics concernés rendant complexe l'idée de formations transversales sur le sujet.

Après avoir développé les différents concepts, il s'agit en deuxième intention d'aller confronter sur le terrain, la dynamique de détection des potentiels pour voir en quoi elle peut faciliter l'employabilité des professionnels.

2 Une appropriation de la détection des potentiels : limites et opportunités

En confrontant les éléments recueillis dans la phase exploratoire de notre travail avec l'analyse des concepts ciblés et un état des lieux de la recherche sur le sujet, nous avons choisis de maintenir nos trois hypothèses de départ.

Nous aborderons ici l'explication des choix méthodologiques qui ont été les nôtres au cours de cette recherche puis nous présenterons les résultats par thématique. A la fin de chaque sous chapitre, une synthèse sera proposée, sous forme de tableau incluant les points forts et les points faibles repérés. Les principales thématiques abordées seront les organisations, les acteurs dans la dynamique de GPMC, l'implication de l'encadrement.

Pour rappel, nos 3 hypothèses de départ étaient :

- **Une stratégie de détection des potentiels inscrite dans le Projet d'établissement favorise le repérage des compétences rares, essentielles aux métiers émergents.**
- **Le suivi conjoint de la GPMC par le binôme DRH-DS participe à cibler les compétences manquantes.**
- **La sensibilisation de l'encadrement à l'exploitation de l'entretien professionnel permet de mettre en adéquation la politique de formation avec les potentiels repérés.**

2.1 Cadre de l'enquête et méthodologie

2.1.1 Etablissements et populations enquêtées

Tout établissement de santé ayant l'obligation d'engager une politique de GPMC, l'opportunité du réseau professionnel de 5 établissements nous a paru favorable comme terrain d'enquête dont 1 conseillé, après un échange informel avec un directeur des ressources humaines sur le sujet. , ce dernier étant nettement impliqué et avancé dans le déploiement de cette détection des potentiels.

20 entretiens ont été réalisés auprès de 4 profils de professionnels concernés par notre problématique, que ce soit sur le terrain ou dans la stratégie à engager pour y remédier : direction des soins (DS), direction des ressources humaines (DRH), corps médical (PCME et chefs de pôle), management supérieur de pôle (CSP).

Ces entretiens ont été réalisés auprès de 5 coordonnateurs des soins ou directeurs des soins, 5 directeurs des ressources humaines, 3 présidents de commissions médicales d'établissements, 2 chefs de pôle et 5 cadres supérieurs de pôle.

Le choix d'interroger des directeurs des soins et des directeurs des ressources humaines est clairement établi au regard de leurs missions, au sein de l'organisation mais il nous paraissait intéressant de croiser les regards, sur la position et le périmètre d'action de chacun dans cette démarche.

Pour les présidents de CME, leur responsabilité dans la qualité des soins d'un établissement, nous est apparue comme une évidence dans l'enquête ; de même pour les chefs de pôle, représentation du corps médical. Quant aux cadres supérieurs de pôle, ces derniers nous ont offert la vision des managers du soin à proprement parlé.

Nous n'avons pas souhaité interroger les cadres de santé en proximité, bien que ceux-ci soient directement concernés par les pratiques professionnelles car nous avons décidé de privilégier l'axe supra de l'enquête.

2.1.2 Outils d'enquête

Après ce choix des populations enquêtées, nous avons réalisé des entretiens semi-directifs, construits autour d'un guide abordant les thèmes qu'il nous semblait important d'évoquer, pour confirmer ou infirmer nos hypothèses. Ces entretiens ont été en partie allégés et adaptés aux interlocuteurs, raison pour laquelle 3 grilles ont été définies : celle des DRH et des DS³⁰, celle des PCME et chefs de pôles³¹ et celle des CSP³². Est à noter que le choix des entretiens semi-directifs s'est imposé comme outil d'investigation, permettant la production d'un discours libre pour l'interviewé et d'intervenir à tout moment pour l'intervieweur dans la reformulation des questions.

Ces entretiens ont duré en moyenne 1 heure 1/2 et ont été réalisés en partie sur leur lieu de travail ou lors d'entretiens téléphoniques préalablement organisés. L'anonymat a été garanti tant pour les personnes interrogées que pour les établissements investigués.

Une partie des entretiens a été enregistrée, permettant une retranscription de l'ensemble du discours ainsi que le repérage de mots clés.

2.1.3 Limites et points forts de l'enquête

Un nombre plus important d'établissements et donc d'entretiens auraient mérité d'être menés pour obtenir une représentativité suffisante et donc une objectivité des résultats obtenus.

³⁰ Annexe 1

³¹ Annexe 2

³² Annexe 3

Par ailleurs, le temps octroyé à ce travail, ne nous permettait pas d'augmenter le périmètre de l'enquête. De même, notre étude s'est cantonnée à une réflexion sur la dynamique des établissements de santé dans leur politique interne, la vision GHT étant, selon nous, encore timide, au début de l'enquête. Pour autant, ce travail de recherche nous permet d'apporter un éclairage à notre future pratique de directeur des soins. De plus, sur l'ensemble de ces 5 établissements, nous avons essayé de rencontrer chaque catégorie professionnelle décrite ci-dessus.

2 établissements ne comportent pas la rencontre avec le président de la CME, ces derniers n'ayant pu nous recevoir dans les temps impartis, tout comme 3 chefs de pôle.

Les points forts demeurent dans la qualité des échanges, les personnes interviewées manifestant toutes, un intérêt certain pour le sujet.

2.2 Quelles organisations face à la GPMC ?

2.2.1 Diagnostic des besoins en compétences et métiers émergents

Les raisons

L'ensemble des interviewés reconnaissent connaître des difficultés liées aux ressources humaines depuis maintenant plusieurs années. Il apparaît que quatre vecteurs aient dépendu de cette problématique : la démographie médicale, l'informatisation, le turnover des patients et l'hyper technologie.

Les difficultés

Les difficultés rencontrées dans la gestion des ressources humaines concernant notre thématique sont diverses. Suivant les établissements, le recrutement des hyperspécialisés comme le perfusionniste, les IADE, IBODE, kinésithérapeutes apparaissant comme des compétences rares en termes de compétitivité entre établissements ou avec le secteur libéral et privé. 1 seul établissement rencontre les mêmes difficultés concernant les aides-soignants.

Pour les métiers émergents de type gestionnaire de lits, cadre d'ordonnancement, IPA ou encore infirmier d'annonce, les difficultés sont d'ordre différents :

- Pour les établissements ayant déjà installé ce type d'organisations : il s'agit d'anticiper le turn-over de ces emplois stratégiques et de détecter les potentiels en amont,
- Pour les établissements en cours de déploiement : détecter et former les potentiels dans le vivier des soignants pour une opérationnalité à moyen terme,
- Pour les établissements n'ayant pas ce type d'organisation : l'expérience d'un secteur a été de puiser dans les référents de l'établissement.

Aucun de nos interlocuteurs ne décrit de rupture de prise en charge, de perte de chance mais plutôt de retard liés à des difficultés de sorties, compétences infirmières, défaut d'interface ou de compétence rare.

Le défaut de compétence global est identifié dans la non polyvalence des soignants particulièrement par les médecins lors d'hébergements de patients. La difficulté évoquée par les directeurs des soins et cadres supérieurs de pôle est expliquée par une non polycompétence des soignants, frein à leur mobilité. Les cadres sont aussi présentés comme devant développer de nouvelles compétences tant gestionnaires qu'organisationnelles.

La montée en compétence

Tous conviennent d'une demande de montée en compétence des paramédicaux ainsi que l'évolution des pratiques professionnelles autour du parcours de soin et confirment les travaux de l'ONEMFPH sur les difficultés liées aux métiers sensibles et stratégiques.

Notre position, explique un directeur des soins « *c'est que nous devons accompagner au mieux les demandes d'évolution sur les métiers ou les fonctions rares* ». Ces agents sont en fait peu nombreux par rapport aux effectifs globaux de la fonction publique hospitalière. Comme rappelle un directeur des ressources humaines « *Ils ne sont que quelques centaines par rapport aux infirmières et aux aides-soignantes qui représentent plus de 45 % des agents. Ils ont peu d'impact en matière d'effectif, ils peuvent en avoir beaucoup plus en matière organisationnelle : ce sont des métiers qui peuvent être stratégiques à l'hôpital ou en EHPAD* ».

Les métiers émergents

Selon leur catégorie professionnelle, la notion de métiers émergents est mal définie et n'est pas entendue de la même façon. Les directeurs des soins, directeurs des ressources humaines décrivent clairement l'évolution des besoins, de la montée en compétence et de l'évolution des métiers selon leurs missions ou postes. Les métiers décrits sont : les gestionnaires de lits, IPA, logisticiens, assistants de soins en gériatrie (ASG), conseiller en prévention des risques professionnels, technicien de l'information médicale (TIM), cadre administratif de pôle (CAP), spécialiste en ingénierie biomédicale, préventeur en santé et sécurité au travail-environnement.

Les métiers stratégiques comme les infirmiers de parcours ont été revus dans leurs missions pour l'ensemble des établissements ayant ce type d'organisation. Les professionnels positionnés sur ces postes ont été dans un premier temps des secrétaires puis rapidement des infirmiers, au regard des compétences requises.

Tous parlent de connaissance globale de l'établissement, des spécialités médicales et chirurgicales, d'une connaissance des temps d'hospitalisation, de qualité d'adaptation et de diplomatie mais aussi de posture et d'affirmation. L'ensemble souhaité est présenté sur 1 établissement dans la fiche de poste et les acteurs ont été sélectionnés au regard de ces prérequis. Les métiers sensibles ou liés à des projets aux compétences rares (ex : DPI) sont détectés selon la sensibilité des cadres à cette thématique. Seuls 2 établissements ont intégré les référents comme personnes ressources à évolution et montée en compétence exploitable.

Les cadres de pôle entendent deux niveaux : développement des compétences au sens large du terme pour le collectif et développement des potentiels pour certains individus aux capacités d'adaptation, connaissances et expertises plus avancées.

Les médecins chefs de pôle sont peu en capacité de nous fournir des exemples de professions paramédicales en voie d'évolution. Les IPA sont peu connues et les coordonnateurs de parcours mal définis dans leurs missions. Seuls les IDE inclus dans des protocoles de coopération sont retenus comme devant organiser une montée en compétence pour pouvoir exercer.

Les potentiels

L'ensemble des professionnels tant médicaux, de direction ou managers ont la notion de « potentiels » au sein de leurs équipes. Les DRH et DS reconnaissent en majorité que la remontée d'information de ces professionnels détectés par les cadres en proximité, ne leur parvient que très rarement. L'opportunité d'un projet et de compétences spécifiques requises (déploiement du DPI, HAD, Peps, etc.) est régulièrement traitée au coup par coup et peu anticipée avec une recherche immédiate et parfois urgente, un appel aux bonnes volontés ou des désignations.

2.2.2 Projet d'établissement et stratégie de détection des potentiels

Cette thématique a été abordée dans un premier temps par une lecture personnelle de chacun des projets d'établissement avant de poursuivre avec les interviews. Il est à noter que la majorité des projets précisent clairement leurs indicateurs de suivi dans bon nombre d'axes développés sauf dans la thématique³³ qui nous intéresse, quand elle est abordée.

L'ensemble des interviewés, qu'ils soient directeurs des soins, directeurs des ressources humaines, médecins ou cadres supérieurs de pôle ont connaissance d'une thématique de développement des compétences déclinée sous diverses formes.

³³ Annexe 4

Il s'agit d'accompagner les professionnels dans l'acquisition ou le maintien de leurs compétences, développer les compétences. La notion de « potentiel » n'apparaît dans aucun des projets et il est à noter qu'1 seul des établissements parle clairement de « nouveaux métiers » et un autre de « gestion des talents ». La thématique est abordée pour la majorité des projets dans le projet social avec un seul établissement qui le place dans le projet de soins dans son axe 3 « Développer les compétences, les nouveaux métiers et la recherche en soins ».

Concernant le contenu de cet axe, 1 seul projet est déployé en plans d'actions concrets et mis en application. Pour les nouveaux métiers, ce dernier est inclus dans le projet de soins et traduit en fiches actions sous plusieurs thématiques développées dans la thématique 2.3.1 Outils de détection. Le projet social a pour objectif d'accompagner l'ensemble des cadres (médicaux et non médicaux) dans leurs actions du quotidien comme dans leurs responsabilités managériales. Il est intéressant de noter que les deux projets dissociés n'incluent pas les mêmes professionnels (DS-DRH). Nous pourrions alors nous demander s'ils travaillent ensemble sur la thématique (cf. 2.3.3 les acteurs).

Pour tous les projets est à noter que les cadres sont clairement priorisés et identifiés dans la démarche et 2 des 5 précisent en première intention les métiers en voie d'évolution à accompagner.

Les DS et DRH, tout comme les PCME pensent expliquer la situation par le fait que les projets d'établissement 2017-2022 aient été créés à la suite des PMSP, ce qui expliquerait le retard pris pour le sujet.

Il ressort de l'ensemble des entretiens, que chacun convient de l'importance d'une telle démarche. Pour autant, 4/5 des établissements reconnaissent ne pas s'être posés pour développer un plan d'action à court, moyen ou long terme concernant les paramédicaux.

2.2.3 Enjeux attendus et freins d'une stratégie anticipative

Enjeux

Pour les DRH et DS que nous pourrions catégoriser en vision « stratégique », la détection des potentiels, au service de la qualité et sécurité des soins, est proposée comme enjeu primordial par 100% des interrogés à condition d'être accompagné d'un outil informatique.

Pour la 1^{ère} notion, les DRH disent qu'il s'agit de « *s'appuyer sur des actions qui servent la performance de l'établissement, et qui font aussi évoluer les membres du personnel sur le développement de leurs compétences* ».

Les DS pensent que c'est « *anticiper les évolutions d'activités de l'établissement et leurs effets sur les emplois et les compétences, et agir en s'appuyant sur l'encadrement par capillarité* ».

La 2^{ème} notion avancée est la fidélisation des personnels sur une perspective d'évolution à moyen terme qui « *va permettre d'être un vrai atout social et attendu par les partenaires sociaux* ».

La 3^{ème} notion est le levier de la qualité de vie au travail (QVT) qui peut « *être renforcée comme base d'une marque employeur ayant la capacité à détecter des potentiels d'évolution de son personnel* » avec la fidélisation des personnels sur une perspective d'évolution à moyen terme. Ces derniers ont une vision commune des enjeux liés à la capacité d'un établissement à anticiper ses besoins et font le lien avec la dynamique engagée par le projet d'établissement. L'implication des directions à organiser l'employabilité des salariés est établie « *notre responsabilité est d'accompagner les professionnels à s'adapter à de nouvelles formes de travail, anticiper l'emploi de demain et ses attendus en compétences requises* ».

Pour les médecins que nous pourrions catégoriser en vision « opérationnelle », est attendu une réponse de poly compétences des soignants et du temps clinique rendu aux médecins. Les concernant, la primauté des enjeux est avant tout celle d'un gain attendu dans la fluidité des parcours et pensé pour « *avoir des professionnels compétents sur qui l'on va pouvoir compter et qui ont été choisi pour leur efficacité* ».

Pour les cadres supérieurs de pôle que nous pourrions catégoriser en vision « managériale » : une reconnaissance et valorisation des compétences du personnel, une satisfaction au travail participant à la qualité de vie et une meilleure organisation des prises en charges des patients.

Freins

Tous reconnaissent que la mouvance des politiques des dernières décennies et de l'organisation en GHT intimée pour juillet 2017, a été priorisée sur l'ensemble des plans d'action. A noter que :

- Les établissements ayant une communauté hospitalière de territoire dans leur historique sont nettement plus avancés,
- Les filières ayant été définies tardivement, les parcours sont encore à construire,
- La non reconnaissance économique des professionnels sur des postes stratégiques n'engage pas à étendre ce type de postes.

Les DS : « *Nous avons dû accompagner le management de pôle et la délégation de gestion qui n'est pas encore acquise pour tous. L'urgence a été de faire monter les cadres supérieurs pour les autonomiser* ».

Les directeurs des ressources humaines vont aussi en ce sens tout comme les médecins qui expliquent la situation « *il a fallu revoir nos périmètres d'action avec l'arrivée des GHT c'est maintenant qu'il faut travailler sur cette question* ».

Quant aux cadres supérieurs, cela suppose un plan stratégique ou des objectifs déterminés tout en impliquant les cadres dans cette perspective.

2.3 Quels outils investis ?

2.3.1 La remontée des besoins

Il existe pour tous une cellule de gestion des inaptitudes : « *Nous portons une attention particulière aux agents en reconversion professionnelle et en déterminant les types de postes pouvant offrir des passerelles sur ces profils de personnel* ». Aucun des établissements n'a développé de « cellule de développement et conseil en évolution de carrière » que nous développerons dans nos perspectives.

Les besoins en métiers sensibles, compétences rares ne sont pas abordés par 4 établissements. 1 seul a organisé une cellule prospective : « *nous nous réunissons tous les trimestres avec le DRH, le DS et les CSP pour la revue de personnel. Depuis que nous avons mis cette organisation en place, nous pouvons prospecter dans les autres pôles pour trouver des professionnels qui correspondent à nos besoins* ».

Le recrutement des postes clés : les besoins sont identifiés en termes de volume et de grades uniquement. Les DRH, DS et CSP sont clairement dans cette démarche par remontée d'information et appuyé par des réunions sur les cibles d'ETP. Ce suivi et l'engagement de ce groupe d'acteurs est lié au fait que « *nous avons à travailler sur les effectifs avec des données précises vu les contraintes économiques actuelles et aux rendus de postes réguliers* ». La démarche est investie par les médecins dans 2/5 des cas : « *je suis responsable de la masse salariale du pôle donc il me paraît important de suivre les négociations quand il s'agit des effectifs* ». Le recrutement interne ou externe de compétence rare ou à potentiel d'évolution n'est pas acquis.

La mobilité : La mobilité est vue sous l'angle de mouvements des personnels en terme de masse salariale, TPER, retraite, mutation, mouvements internes par les médecins et cadres. Y sont associés, la nomenclature des métiers et le référentiel des compétences, qui, nous le verrons dans les outils de détection 2.3.2, est parfois incomplet. Les DRH, DS et CSP y associent la notion de montée en compétence mais pas celle de potentiel.

Les entretiens professionnels : ils sont déployés sur 100% des établissements et la détermination d'objectifs appliquée dans 4 /5 des cas. Les DS et CSP expliquent « *nous n'arrivons pas à faire travailler les cadres sur cette notion d'objectifs et beaucoup d'entretiens nous reviennent sans ; Et ne parlons pas des besoins en formation* ».

La formation : tous les établissements ont mis en place un plan de formation en rapport avec la stratégie d'emploi et des compétences. Les évolutions des métiers quant à elles, ne sont pas envisagées dans ces plans de formation en vision centrale.

La gestion des compétences : Anticiper les besoins en emploi au regard des données démographiques sur la base d'une GPMC ainsi qu'une politique de recrutement et de promotion professionnelle anticipée n'est que très rarement organisée (1/5). La détection des potentiels et des compétences rares en vue de répondre aux métiers émergents ou en évolution n'est pas définie.

2.3.2 La détection des potentiels

Nous avons effectué une liste de l'ensemble des outils de GPMC pour évaluer le degré de maturité d'investissement des établissements audités. Dans un second temps, nous avons proposé ci-dessous, l'ensemble des outils de détection des potentiels présentés ou nommés par les interviewés.

La cartographie des métiers : elle n'est réactualisée que dans 4/5 des établissements rencontrés. Les CSP n'en connaissent pas l'existence, ni l'intérêt pour la majorité d'entre eux. Le repérage des besoins et l'analyse du contenu des emplois-métiers et leur évolution est personne dépendante dans les pôles.

Référentiels de compétences : Les référentiels de compétences fournissent des repères qui permettent à chacun de mesurer sa progression en vue d'une promotion. 100% des établissements ont des référentiels de compétences à jour par métier.

La déclinaison de ces référentiels pour les spécificités liées aux spécialités des secteurs d'activité descend à 60%.

Quant aux métiers en voie d'évolution ou sur des postes stratégiques type IPA, coordinateur de parcours ou encore gestionnaires de lits, ces référentiels sont créés (1/5), en cours de création pour 2/5. Des lettres de missions sont parfois présentées en alternative.

L'entretien professionnel : Déployé sur la totalité des établissements, il n'est pourtant pas traité et exploité de la même façon. La sensibilisation des cadres à l'intérêt du traitement des informations restituées est liée à la maturité des établissements dans leur GPMC. Est à noter que les établissements ayant investi dans un progiciel de GPMC performant commencent à l'exploiter dans la cartographie des compétences.

La cartographie des compétences : Elle n'est développée que dans les 2 établissements qui utilisent un outil informatique. Des extractions sont alors possibles pour visualiser chaque compétence par service. Dans ce contexte, elle est utilisée pour définir une partie du plan de formation global et individualisé tout comme pour la définition des objectifs personnels à N+1.

Logiciel de GPMC : L'ANFH ayant recommandé l'utilisation d'un outil informatisé, 4/5 des établissements ont investi dans l'achat d'outils RH de prestation externe.

Le 1er est considéré comme inadapté car non modulable et aux extractions difficiles. Il n'est donc que peu investi par les cadres de proximité et n'est que rarement alimenté.

2 sont en cours de déploiement sur l'établissement et vont devoir être investis. Le plan de formation des cadres est effectif et la prochaine campagne d'entretiens professionnels va permettre de l'alimenter.

Les 2 autres sont aujourd'hui complètement intégrés à la pratique managériale tant au niveau de la DRH, du DS, CPP et en proximité. Les entretiens professionnels implémentent directement l'outil ; les référentiels de compétences ont été déclinés par spécialité sur une base commune par grade et les besoins en formation y sont déclinés à trois niveaux : institutionnel, pôle, individuel. Les extractions permettent pour exemple, de déterminer ou trouver une compétence spécifique dans l'ensemble du vivier interne.

Parcours qualifiants : Les parcours qualifiants sont pratiqués par l'ensemble des établissements à plusieurs niveaux stratégiques avec pour objectif final et pour tous : la polyvalence des personnels. Elle n'est déterminée comme vecteur de préparation à une prise de poste complexe que pour 1 établissement qui y inclut une définition précise des postes à intégrer ainsi qu'un contenu théorique interne et des formations adaptées.

Passerelles : L'identification des accessibilités possibles d'un métier au regard des autres métiers du répertoire, compte tenu de la possibilité de transfert plus ou moins grande des compétences n'est pas connue des CSP. Cette démarche n'apparaît dans aucun établissement. Les cellules de gestion des inaptitudes ont engagées une réflexion sur la question mais sous un angle plus restreint.

Les référents : Seuls les DS (3/5) et les ont avancé les « référents » ou « chargés de missions » comme sources de détection de potentiels ou compétences rares. Leur implication dans des projets spécifiques (DPI, appel à projet, PHRIP) a permis de mettre en avant des appétences, qualifications, valorisation de formations ayant été une plus-value dans le leur déploiement.

2.3.3 Les acteurs

Nous l'avons vu, tous les établissements sont impliqués à des degrés différents dans la démarche de GPMC. Aux questions : Avec qui la GPMC est-elle travaillée (DRH, DS, CSP, médecins, cadres)? ET Quelle est la plus-value, selon vous, au binôme DRH-DS dans la GPMC ?

L'ensemble des interviewés se sentent responsables et acteurs dans la démarche :

Les CSP « *nous avons tous une part de responsabilité dans la recherche des bonnes personnes et de la montée en compétence des agents* ». Les PCME : « *en tant que président de la CME, nous sommes responsables de la qualité et sécurité des soins donc je dois me préoccuper des compétences médicales mais aussi paramédicales donc je vérifie que le projet de formation est bien en adéquation avec tous les projets que nous engageons* ».

Pour les DS « *avec le déploiement constant de nouvelles pratiques, il est important de trouver, d'anticiper la bonne compétence soignante qui va pouvoir y répondre. C'est un gage de sécurité et je me sens actrice de la sélection des professionnels qui vont répondre à nos attentes de demain* ». Tous les DS expriment l'importance du partenariat DRH-DS d'anticipation des besoins, de travailler sur les ressources humaines tant dans la montée en compétences, la sélection de professionnels aux qualités rares qu'à ceux pouvant apporter une plus-value à l'organisation.

Pour les DRH : « nous travaillons tous les jours avec le DS sur les effectifs mais aussi sur les métiers concurrentiels car dans le territoire nous sommes plusieurs établissements à chercher à recruter les bonnes compétences. Du coup nous avons décidé de nous tourner sur le vivier interne et de les former ». Ces derniers expriment les compétences du DS dans la sélection des ressources, professions pouvant répondre aux stratégies planifiées par les projets d'établissement.

Entre direction des soins et direction des ressources humaines au niveau stratégique, « je ne peux pas travailler sans le directeur des soins pour construire le plan de formation. C'est avec lui que nous définissons quelles sont les compétences défaillantes, sur les profils qui vont être indispensables demain », « avec la DRH, nous nous voyons pour la revue professionnelle, avec tous les cadres de pôle, pour visualiser l'ensemble des besoins de l'hôpital. (...) Une à deux fois par an, l'ordre du jour est l'analyse des besoins particuliers en cadres, des profils prometteurs à suivre et du plan de formation à année N+1 ».

Entre chefs de pôle et CSP au niveau organisationnel : « nous avons mis en place une infirmière de parcours gériatrique et j'ai vu avec la CSP quelle était la plus rompue à mettre sur ce poste(...) » ; « Nous n'avions pas la compétence dans le pôle donc j'ai vu avec la directrice des soins pour que nous puissions dénicher la perle rare dans l'hôpital (...) il a fallu l'accompagner mais elle avait déjà un beau potentiel ».

Avec les cadres de santé et le CSP : « tous les cadres et les médecins ont travaillé ensemble pour déterminer les attendus quand il a été décidé d'organiser la cellule d'ordonnancement. Comme nous avons Gesform®, nous avons cherché avec les cadres l'infirmière qui correspondait à nos critères et le cadre».

2.4 Quel investissement par l'encadrement ?

Nous l'avons vu ci-dessus que les entretiens professionnels sont déployés sur la totalité des établissements ; il ne sont pourtant pas traités et exploités de la même façon.

Les référentiels de compétences ne sont pas adaptés aux spécialités à 60% mais les cadres concernés sont en cours d'actualisation pour intégrer les spécificités et compétences requises : « on nous demande de travailler par objectif pour les évaluations mais comme nous n'avons pas décliné leurs compétences particulières, il faut d'abord nous mettre d'accord pour rester approprié ».

Selon les CSP, les cadres en proximité ne maîtrisent pas la notion d'objectifs, tout comme les compétences spécifiques ou l'implication dans des projets ne sont pas questionnées. Les établissements ayant intégré ces notions ont inclus dans leurs évaluations la notion d'individualisation : *« depuis que nous avons affiné les évaluations les référentiels globaux et selon les activités, je m'aperçois que les évaluations sont nettement plus collées aux compétences des soignants. Les cadres peuvent maintenant définir des objectifs précis et atteignables qui correspondent non seulement à la stratégie d'établissement mais aussi aux personnes »*.

La détection des potentiels est organisée précisément sur l'établissement à maturité avancée, au regard de l'entretien professionnel.

Pour la formation : tous les établissements ont mis en place un plan de formation en rapport avec la stratégie d'établissement. Celle d'emplois et des compétences est en partie investie. Les évolutions des métiers quant à elles, ne sont envisagées en vision centrale que sur 1 établissement. Les CSP (4/5) organisent à leur niveau, des formations individualisées, liées à des besoins et compétences spécifiques sans pour autant en référer à la direction. *« Nous voyons avec les cadres de proximité quelles sont les formations que nous souhaitons engager au regard du projet de pôle mais comme nous ne savons pas quels sont les besoins de l'établissement, nous n'en parlons pas »*. Ici les chefs de pôle interviennent peu dans la démarche de construction du plan de formation sauf dans 3 organisations où le chef de pôle est consulté sur les besoins à développer en annuel (3/5) ainsi que lors de la constitution du contrat de pôle.

L'établissement le plus avancé dans la démarche envisage de mettre en place une cellule des carrières. *« Nous voulons que ce département prenne en charge aussi bien les potentiels que les inaptitudes ou la gestion des fins de carrière. Pourquoi les 3 ? Parce que c'est important que l'on donne des perspectives, que l'on organise l'employabilité des professionnels atypiques ou accompagner les professionnels dans leur projet professionnel, les coacher nourrir leur réflexion »*

2.5 Confrontation de l'analyse aux hypothèses

2.5.1 Hypothèse 1 : Projet d'établissement et repérage des potentiels

Forces / Opportunités	Faiblesses / Freins
<ul style="list-style-type: none"> • besoin de montée en compétence est reconnu par tous • métiers émergents mal identifiés • 100% des projets abordent la thématique compétence • 4/5 dans le projet social, 1/5 dans le projet soins • enjeu de performance, fidélisation, marque employeur, employabilité, efficacité, valorisation professionnelle, QVT • de la maturité du GHT dépend la démarche de détection des potentiels 	<ul style="list-style-type: none"> • Les métiers à compétence rare sont source de compétitivité • recherche priorisée de polyvalence et polycompétence • aucun projet d'établissement n'aborde le potentiel • 1/5 plans d'actions engagés dans la détection • pas d'indicateur de suivi • priorisation des cadres • parcours non définis = incapacité à définir le besoin • montée en compétence et absence de reconnaissance

La GPMC est engagée dans tous les établissements rencontrés sous les 4 thématiques suivantes : recrutement, mobilité, entretiens professionnels, évaluations et formation. La démarche quantitative est clairement établie. La démarche qualitative, quant à elle, est rarement investie par l'ensemble des établissements.

100% des projets abordent la thématique compétence pour une grande majorité dans le projet social. Aucun n'exploite le sujet sous l'angle « potentiel ». Pour autant, l'établissement le plus avancé dans la démarche a inclus très nettement la notion de « métier émergent » dans son projet de soins et le DS est ici très nettement positionné.

3 établissements se détachent avec :

- Plan d'action stratégique élaboré en réunion plénière annuelle sur la base du projet d'établissement.
- Le recrutement interne et externe quant à la détection des potentiels est organisé autour d'une réunion DS-DRH-CSP.
- Une journée dédiée aux talents permet de capter et identifier certains potentiels et communiquer sur les besoins de l'établissement.

L'ensemble des interviewés reconnaissent connaître des difficultés liées aux ressources humaines depuis maintenant plusieurs années. Il apparaît que quatre vecteurs aient dépendu de cette problématique : la démographie médicale, l'informatisation, le turnover des patients et l'hyper technologie. La recherche de polyvalence et de polycompétence sont identifiés pour l'ensemble des professionnels et tous conviennent d'une demande de montée en compétence des paramédicaux ainsi que l'évolution des pratiques professionnelles autour du parcours de soin et confirment les difficultés liées aux métiers sensibles et stratégiques. La définition des acteurs positionnés comme « potentiels » ou métiers émergents est aussi très éparse puisque l'on y retrouve l'infirmier de parcours, l'IPA, les référents, la notion de montée en compétence de cadres tout comme les compétences rares ou métiers sensibles.

Les enjeux de la GPMC mais aussi de détection des potentiels ne sont pas les mêmes selon la catégorie professionnelle et qui s'explique par la vision macro, mezzo ou micro des interviewés. Pour autant, la notion de performance de l'organisation ressort sous plusieurs angles et que nous pourrions catégoriser comme suit : Pour l'établissement : la qualité des prestations, une efficience des organisations sont priorisés. Pour les DRH-DS, il s'agit d'employabilité, QVT, culture d'appartenance, perspectives. Pour les usagers : la satisfaction patient est attendue. Pour les médecins, le rendu de temps clinique est primordial. Pour les cadres, c'est un levier de QVT.

Concernant les freins, il apparaît clairement plusieurs raisons : Les parcours doivent être définis avant de définir quelle compétence pour quel infirmier de parcours ou IPA. De même, la montée en compétence suppose une reconnaissance (économique, qualité de vie, perspectives d'évolution) qui, au moment de nos interviews n'était pas envisagé et proposé dans « Ma santé 2022 ». L'immaturité des GHT, des parcours incomplets, la délégation de gestion à des degrés moindres sont à associer à ces freins.

Notre première hypothèse est donc en partie infirmée puisque nous avons vu que les projets d'établissement ont tous inclus cette thématique. Pour autant, leur investissement dans le repérage des potentiels au regard des métiers émergents, est influencé par la maturité de leur GPMC et de leur avancée dans les GHT.

2.5.2 Hypothèse 2 : Binôme DRH-DS et ciblage des compétences manquantes

Forces / Opportunités	Faiblesses / Freins
<ul style="list-style-type: none"> • Les DS, DRH et CSP sont impliqués dans la démarche • Binôme DRH-DS en stratégie • 1/5 démarche GPMC qualitative • 2/5 plan stratégique DRH-DS-CSP • 100% référentiels de compétence métier • cartographie des métiers à jour et référentiels de compétences adaptés • 2/5 logiciel GPMC avec implémentation enrichie 	<ul style="list-style-type: none"> • 4/5 démarche GPMC quantitative et majoritairement administrative • stratégie et politique de GPMC prospective mal définie • recrutement et détection en compétence rare ou potentiel d'évolution timide • logiciels inadaptés, incomplets ou non modulables • entretien par objectifs partiel • exploitation de l'entretien non intégré par les cadres • dynamique ralentie par GHT

100% des DRH et DS interrogés estiment que la complémentarité dans la GPMC, la maîtrise des organisations, des professions, compétences requises et à optimiser est investie par ces 2 acteurs.

De même, les interrogés insistent sur le fait qu'il n'existe qu'un nombre restreint de formation spécifique aux fonctions stratégiques car elles ne sont pas totalement normées mais aussi du fait de la diversité des thématiques, situations et publics concernés. Constat est fait du manque de recul dans la mise en place de ces nouvelles missions des métiers émergents. Les fiches métiers encore non définies, la diversité des acteurs mis à ces postes, les parcours encore complètement précisés tout comme les IPA en cours de positionnement (poste, formation) dans l'ensemble des établissements interrogés, la GPMC de ciblage des compétences manquantes semble précoce dans ce contexte.

Le degré de maturité des établissements dans la démarche GPMC et de détection des potentiels sont révélateurs de l'implication de tous les professionnels nommés ci-dessus. Plus l'établissement présente une avancée majeure dans la démarche, plus les CSP et chefs de pôle se sentent investis et le déclinent dans leurs propres organisations. Les initiatives sont plus timides pour les 3 établissements encore en cours de déploiement. Malgré tout, l'ensemble des DS et DRH reconnaissent que la GPMC doit être travaillée à plusieurs niveaux :

Notre deuxième hypothèse est affirmée puisque nous avons vu que les DRH et les DS impliqués dans la démarche de GPMC sont acteurs de la définition des besoins et compétences manquantes. Pour autant, la notion de potentiel est encore timide. Il apparaît aussi que son exploitation ne peut se faire sans l'utilisation d'un outil informatique nourri.

2.5.3 Hypothèse 3 : entretien professionnel et politique de formation

Forces / Opportunités	Faiblesses / Freins
<ul style="list-style-type: none"> •objectivation des entretiens = objectifs précis •exploitation des entretiens = potentiels repérés •plan de formation objectivé par stratégie et potentiels •anticipation des besoins en compétences stratégiques selon dynamique de détection 	<ul style="list-style-type: none"> •objectifs souvent mal définis •hétérogénéité des entretiens •compétences détectées sans remontée en central •besoins en compétences spécifiques peu connus par les encadrants •référents peu mis à profit •formations diplômantes rarement exploitées

Tous les établissements ont mis en place un plan de formation en rapport avec la stratégie d'emploi et des compétences. Les évolutions des métiers quant à elles, ne sont pas envisagées dans ces plans de formation en vision centrale.

Les plans de formation sont construits de façon très variable. Pour autant, 100% d'entre eux construisent leurs plans de formation à 3 niveaux : besoins institutionnels liés au projet d'établissement, obligations légales et politique des pôles. Les besoins individuels quant à eux sont liés aux catalogues de formation proposés aux professionnels, lui-même ayant été construit au regard des besoins internes.

La majorité des établissements expliquent, que les cadres en proximité, ne maîtrisent pas la notion d'objectifs, tout comme les compétences spécifiques ou l'implication dans des projets (effectifs ou souhaités) ne sont pas questionnées. Face à cela, l'individualisation des suivis dans l'entretien professionnel et compétences rares, les référentiel des activités stratégiques (compétences et savoir-faire spécifiques) et formations de montées en compétences spécifiques ne sont pas encore complètement intégrés.

S'agissant des potentiels repérés, la démarche de formation est assez perlée puisqu'elle dépend de la dynamique engagée sur le sujet. Les établissements n'ayant pas ou peu de démarche en ce sens n'ont bien évidemment pas d'anticipation des besoins.

Quant aux structures investies dans l'exploitation des potentiels, des parcours de qualification ou montée en compétence, elles sont organisés (cours théoriques, mise en situation « vis ma vie », périodes d'essai, etc...).

Les référents déployés dans les services ou les pôles sont clairement listés mais leurs compétences ne sont que rarement mises à profit pour l'organisation au sens macro du terme. Majoritairement, ces derniers sont inclus dans les commissions, peu dans les audits transversaux et leurs qualités parallèles ne sont pas mis à profit pour d'autres groupes projets. Il en est de même pour les formations diplômantes qui ne sont pas ou peu exploitées.

Les plans de formation des services puis des pôles sont construits par les cadres au regard du projet d'établissement et du catalogue proposé. Les plans d'action du projet de soin permettent d'engager une dynamique collective et les besoins individuels construits au regard des demandes des professionnels. Quelques propositions sont amorcées par les cadres eux même pour proposer une formation personnalisée de montée en compétence au regard d'un potentiel repéré.

Notre troisième hypothèse est actuellement infirmée puisque les prérequis à la démarche ne sont pas ou peu engagés : l'exploitation des entretiens professionnels est modérément acquise dans le repérage des potentiels, ce qui ne permet pas d'objectiver le plan de formation.

3 Des perspectives

Cette dernière partie consiste à avancer des préconisations, issues de l'enquête, et pouvant permettre au DS d'optimiser la performance des organisations de soins et compétences des soignants. La présentation qui suit est organisée sur une démarche projet, composée de 3 axes proposant des actions présentées sous forme de fiche actions.

De ce constat, il en découle les préconisations suivantes que nous avons choisi de décliner sous 3 axes : stratégiques, organisationnels et managériaux. Nous aborderons dans un premier temps l'importance du binôme DRH-DS dans la mise en place du projet. Dans un deuxième temps, seront développés les prérequis à cette dynamique. Enfin, dans un troisième temps, les outils que le DS pourra proposer à l'équipe d'encadrement seront déclinés.

En ayant relevé tous les différents versants et enjeux de la GPMC, il nous apparaît que le directeur des soins est en responsabilité directe, dans la mise en place d'une stratégie de détection des potentiels, coordonnée par le binôme DRH-DS. Ce dernier va, entre autre, contribuer à déterminer les besoins en métiers émergents. Impulsé par des plans d'action et de formation en collaboration étroite avec les ressources humaines, l'objectif d'une meilleure identification des postes stratégiques est à engager, pour répondre au projet d'établissement et/ou PMSP, tout comme aux agents, dans la perspective de mieux intégrer les évolutions qui touchent le système de santé.

De par sa responsabilité dans la qualité des soins, sa position transversale, sa maîtrise des organisations, des enjeux économiques et stratégiques, le directeur des soins devra déterminer une définition des besoins en métiers émergents, de compétences requises et s'assurer de l'implication des acteurs engagés dans cette démarche. Ainsi il convient de prendre en compte le fait que la GPMC n'est pas uniquement l'affaire de la DRH, elle concerne l'ensemble des professionnels et plus particulièrement des directeurs des soins mais aussi des cadres dans l'anticipation et la prévision de l'évolution des métiers et des compétences.

3.1 Un axe stratégique : développer l'employabilité des personnels

Répondre aux enjeux de performance fait partie des prérogatives du DS qui va participer à « *fixer les tendances d'évolution de l'établissement, promouvoir la démarche GPMC, préparer tous les acteurs aux enjeux de demain et donner du sens aux actions mises en place* ».

Fiche action n°1		
Intitulé de l'action	Allier le projet de soin et le projet social dans une démarche de GPMC prospective des compétences et potentiels	
Référents	DRH-DS	
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> •donner une visibilité sur les potentiels •construire et accompagner les plans de carrière et offrir des perspectives d'évolution •fidéliser le personnel et définir une politique d'attractivité •adapter son plan de formation collectif et individualisé •faciliter le choix des candidats sur un poste spécifique •développer la mobilité •limiter le bore out 	
Actions	<ul style="list-style-type: none"> •Niveau 1 : déterminer les compétences •Niveau 2 : décliner les besoins •Niveau 3 : investir les formations reçues ou diplômes pouvant être exploités •Niveau 4 : déterminer des cibles et stratégie de détection des potentiels •Niveau 5 : déployer au GHT 	
Indicateurs de résultat	<ul style="list-style-type: none"> •% cartographie des métiers actualisée •% besoins définis à N+1 •% de satisfaction professionnelle / visibilité d'évolution, mobilité •plan de formation versus compétences à développer, potentiel à accompagner •% ressources compétences et potentiels rares diagnostiqués •% nomination objectivée des référents dans les unités 	
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> •sur la base du projet d'établissement, décliner les objectifs de la démarche GPMC et les outils à mettre en place pour les atteindre. •repenser les pratiques RH et managériales avec les acteurs concernés pour être capable d'aborder l'aspect prévisionnel de la démarche. 	
Résultats obtenus	Années	Objectifs N+1

3.1.1 Allier le projet de soin et le projet social dans une démarche de GPMC collaborative

Le fait d'investir communément la démarche de GPMC dans les projets tant de soins que sociaux montre une implication sous 2 angles : celui de l'organisation des soins qui dépend du DS et celui de la politique social qui dépend du DRH. Il apparait que la collaboration DRH-DS s'avère indispensable dans le partage des expertises, la dynamique de déploiement auprès des cadres ainsi que dans l'assiduité à s'engager dans les indicateurs de suivi.

La GPMC est à ce jour, l'outil indispensable tant dans le recueil d'information, que dans l'objectivation des entretiens professionnels et prospectives en terme de besoins qualitatifs et quantitatifs, individuels comme collectifs.

Dans le projet de soins, pour lequel le directeur des soins est l'initiateur, le chapitre de développement des compétences prend ici tout son sens. Il investit l'accompagnement aux transformations des organisations en compétences, métiers émergents et potentiels à y répondre. C'est en s'appuyant, entre autre, sur l'entretien professionnel comme outil de détection et observatoire des métiers, que ce dernier va être en capacité de définir sa politique. Cet ensemble de missions, couverts tant par le DS que par le DRH sont mêlés en vue d'objectifs communs qui seront à travailler en partenariat étroit sur l'objectivation des besoins insuffisamment couverts ou en évolution, la préparation des recrutements et mobilités, l'adaptation de l'offre de formation et la préparation des plans de succession.

3.1.2 Dynamiser la marque employeur de l'établissement

La marque employeur d'un établissement est à considérer puisqu'elle sous tend ses valeurs, sa culture, ses ambitions sociales et participe à son attractivité, il s'agit de concevoir une offre ou gamme d'emplois et des conditions de travail pouvant répondre aux attentes des candidats potentiels, favoriser le climat social et valoriser les professions par la reconnaissance des potentiels.

La première étape du processus GPMC repose sur la sensibilisation, puis la formation du personnel d'encadrement à ce nouvel outil. Cette phase doit permettre la construction d'un socle culturel basé sur des valeurs communes.

Il faut également donner du sens à la démarche en situant la GPMC dans un ensemble plus vaste et à plusieurs niveaux :

- Pour l'établissement comme source de performance, en préparant les acteurs aux enjeux de demain,
- Pour le directeur des soins comme anticipation des besoins en compétences,
- Pour les professionnels en développant leur employabilité.

Cette démarche va permettre d'explicitier les interrelations entre les éléments découlant de la GPMC : les profils de postes, l'entretien professionnel, la cartographie des métiers et ceux relatifs aux axes du plan de formation, aux procédures de recrutement révisées, la gestion des parcours des professionnels à la recherche de facteurs de fidélisation en lien avec le contrat local d'amélioration des conditions de travail et la politique de promotion professionnelle.

L'implication forte de l'ensemble des directions va permettre d'accompagner la démarche auprès des partenaires sociaux, des cadres et des agents eux même. Pour ce faire, la formalisation d'une politique institutionnelle se doit être définie au regard de pré requis précis.

3.2 Un axe organisationnel : acculturer les cadres à la GPMC

Il développe avec le DRH, « l'accueil des professionnels, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, la politique de promotion professionnelle et les parcours professionnels qualifiants. Il participe à la définition du plan du développement professionnel continu pour les besoins des personnels non médicaux contribuant aux activités de soins ».

Fiche action n°2		
Intitulé de l'action	Définir une politique de GPMC en collaboration DS-DRH	
Référents	DRH-DS-DSI-CSP-CS-informaticiens	
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> •harmoniser les pratiques d'entretien •objectiver les objectifs •intégrer la notion de potentiel dans l'entretien s •mesurer les écarts avec les compétences requises •évaluer les aires de mobilité métiers-passerelles •définir le plan de formation au regard des besoins 	
Actions pôles/services	<ul style="list-style-type: none"> • définir les référentiels de compétence •déployer un support de GPMC informatisé •implémenter l'outil informatique •définir les axes prioritaires de formation •construire le plan de formation sur la cartographie des compétences, potentiels et évolution des métiers 	
Indicateurs de résultat	<ul style="list-style-type: none"> •nb métiers repérés comme sensibles, en tension, émergents •type de compétences rares et définition des critères de potentiel •flux par métier (entrants/ sortants) •% services-unités avec cartographie des compétences •% de référents positionnés au regard de leurs potentiels et/ou en mission supra •% de potentiels repérés •nb de formations en lien avec la cartographie des compétences 	
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> •assurer les interfaces •mettre en place des groupes projet multidisciplinaires •prévoir le temps et la ressource nécessaire pour la saisie des données, formatage de l'outil •prévoir les outils de communication et supports de formation •assurer la formation des cadres sur les enjeux, les concepts dès le démarrage afin de faciliter leur adhésion 	
Résultats obtenus	Années	Objectifs N+1

3.2.1 La construction des référentiels de compétences

Les référentiels de compétences doivent être travaillés conjointement par les cadres à plusieurs niveaux : dans un premier temps au regard des métiers, puis dans un deuxième temps, déclinés à celui de spécificités de certaines organisations de soins.

Ici, l'implication des cadres de proximité est primordiale dans la définition de leurs propres spécificités dans les compétences et niveaux de maîtrise attendus. De même, la démarche devra être effectuée avec les métiers émergents, aux compétences rares ou en évolutions.

3.2.2 La définition des objectifs

Beaucoup de cadres, n'ayant pas de « curseur » précis des attendus tant dans l'objectivation des compétences que dans le degré de maîtrise de ces derniers, présentent des difficultés à définir des objectifs précis aux professionnels.

Dans ce contexte, le plan d'action du DS va être en tout premier lieu de définir et communiquer les objectifs du projet d'établissement ainsi que ses indicateurs de suivi. La 2ème phase va être de les faire traduire dans les pôles, les services de façon à donner des axes précis aux cadres. Pour finir, il faudra décliner 1 à 2 objectifs stratégiques d'établissement et/ou pôles dans les entretiens professionnels individualisés.

De même, il est important de ne pas figer les objectifs tant institutionnels qu'individuels mais de les faire vivre et proposer annuellement de nouveaux objectifs dans la continuité des premiers pour une dynamique de « marche en avant » permettant de donner des perspectives.

3.2.3 L'intégration du potentiel dans les entretiens

Afin de créer une dynamique, les entretiens professionnels annuels sont le point d'appui à tout projet de carrière aussi bien pour l'employé qui ambitionne une promotion que pour les cadres qui estiment des capacités d'évolution pour l'un de leur personnel.

L'entretien doit être organisé comme un dialogue où les performances sont évaluées concrètement par le N+1 sous 4 axes :

- le degré de réalisation des objectifs exprimé en % ou fractions pour mieux visualiser leur atteinte,
- analyser et évaluer les compétences dites « molles » (capacité d'adaptation, collaboration, autonomie)
- la définition des ambitions de l'individu, ses motivations et l'analyse du potentiel du professionnel à répondre aux besoins institutionnels,
- les besoins en formation au regard de la cartographie de ses compétences et des attendus institutionnels.

3.2.4 Le déploiement d'un support GPMC informatisé

Nous avons vu que dans les établissements ayant un outil GPMC informatisé déployé et implanté par les entretiens professionnels, la démarche d'objectivation des besoins tant quantitatifs que qualitatifs était source de performance et la valorisation des entretiens professionnels passant par cette démarche. L'objectif va être d'implémenter cet outil avec la cartographie des métiers, des compétences mais aussi des appétences, qualités spécifiques et compétences rares.

Son exploitation sera, dans un deuxième temps, d'en extraire les profils correspondants non seulement à des missions définies, qu'aux projets micro ou macro tout comme dans l'extraction de profils professionnels répondant en tout ou partie à l'évolution des métiers ou postes stratégiques.

3.2.5 L'identification des passerelles

Il va s'agir d'identifier des accessibilités possibles d'un métier au regard des autres métiers du répertoire, compte tenu de la possibilité de transfert plus ou moins grande des compétences. L'objectif va être de définir une passerelle entre deux métiers, identifier les compétences communes entre l'un et l'autre, sans qu'il y ait besoin de reconversion. Passerelle courte : elle nécessite un temps d'adaptation sur le terrain et éventuellement une durée courte de formation, le plus souvent réalisée à la prise du nouveau métier ; Passerelle longue : elle nécessite un investissement important en formation théorique à réaliser le plus souvent avant mobilité et/ ou apprentissage terrain.

3.2.6 L'optimisation du plan de formation

Si l'employabilité passe, entre autres, par de la formation tout au long de la vie, encore faut-il que les salariés trouvent la motivation de l'entretenir, et qu'ils soient prêts à s'emparer des dispositifs mis en place par les entreprises. *« On se rend compte lors de l'entretien professionnel que tout un pan de la population ne connaît pas le compte personnel de formation (CPF) et passe à côté des opportunités qu'on développe pour eux. En interne, ceux qui réussissent sont ceux qui cherchent à innover et vont chercher l'information pour avoir toujours un temps d'avance »*, remarque un DRH. Mais s'approprier les moyens mis à disposition par les établissements demande d'avoir une vision claire de ce qu'on peut et veut faire, alors qu'on ne connaît pas les métiers de demain. Le plan de formation objectivé va donc consister en plusieurs notions dans sa construction au regard des besoins législatifs, institutionnels, de montée en compétence (analysée en amont), d'évolution des métiers et d'accompagnement des potentiels détectés.

L'outil de GPMC permettant d'analyser les compétences des professionnels et le plan de formation va pouvoir être objectivé à plusieurs niveaux au regard des résultats globaux de l'outil informatique de GPMC, lui-même nourri par les entretiens professionnels. Cette organisation va permettre de définir et prioriser le plan de formation Isur :

- des compétences institutionnelles,
- des compétences par thématiques,
- des compétences par grades,
- des compétences individuelles,
- des compétences manquantes et/ou potentiels à accompagner.

3.3 Un axe managérial pour le DS : la marque employeur de l'établissement

Dans ses activités liées à son champ de compétences propres, le directeur des soins « anime et coordonne les activités des cadres soignants, définit leurs objectifs en matière de politique de soins et évalue leurs résultats ». Dans sa démarche de dynamique managériale, ce dernier va devoir accompagner les cadres dans une dynamique de d'attractivité et de fidélisation de tous les personnels et de ceux à forte valeur ajoutée. Cette démarche de valorisation des professionnels va participer dans un deuxième temps à la politique sociale de l'institution ainsi qu'aux actions de qualité de vie au travail et de reconnaissance.

Fiche action n° 3		
Intitulé de l'action	Valoriser les professions	
Référents	DRH-DS-DSI-CSP-CS-informaticiens	
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> •assurer une politique d'attractivité de l'établissement •fidéliser les ressources rares, talents et potentiels •générer une dynamique de valorisation des compétences •participer à la politique de QVT 	
Actions pôles/services	<ul style="list-style-type: none"> •organiser les revues professionnelles •construire la journée des talents •générer un plan de développement personnel •positionner les référents dans des missions supra •exploiter les formations acquises 	
Indicateurs de résultat	<ul style="list-style-type: none"> •nb de projets de mobilité interne initiés (début de concrétisation) •%passerelles validées •% de professionnels se disant reconnus •% de turnover •nb de mentorés •% d'entretiens de départ 	
Points de vigilance	<ul style="list-style-type: none"> •veiller à la dernière phase des entretiens de départ •communiquer sur la politique 	
Résultats obtenus	Années	Objectifs N+1

3.3.1 La revue professionnelle

La revue professionnelle ou « People revue » est partie intégrante de la détection des potentiels mais aussi des Talents. Elle peut avoir lieu une à deux fois par an, après les entretiens professionnels et s'organise avec l'ensemble des cadres du site. Les appréciations préparées en amont par le N+1 et validées par le N+2 sont étudiées pour 100% des agents. L'intérêt de ce type d'organisation est de permettre un regard croisé de tous les cadres sur chaque professionnel, d'alimenter les cadres opérationnels sur des situations données, d'actualiser certains problèmes ou comportements et de positionner chaque salarié dans une matrice qui va évaluer le potentiel d'évolution de chacun.

3.3.2 La journée des talents

Cette journée peut être organisée conjointement par la direction des ressources humaines et la direction des soins dans 1 établissement. L'objectif est multiple : présenter les projets novateurs médicaux (robot chirurgical), techniques (pharmacie informatisée) que soignants (PHRIP) ainsi que les formations qui traduisent le projet d'établissement. « *Par cette démarche, nous souhaitons communiquer sur la dynamique de l'hôpital et valoriser les initiatives collectives et individuelles* ». C'est aussi un moment où les soignants peuvent faire part de leur velléité de mobilité ou d'évolution de carrière avec des stands dédié à ce sujet et tenus par un cadre qui échange avec eux et récolte leurs souhaits. Les informations sont ensuite traitées par la revue professionnelle pour nourrir le plan de formation du groupe et détecter les potentiels correspondants aux besoins à venir.

3.3.3 Le Plan de développement personnel et la formation

La détection du potentiel d'un agent suppose un accompagnement systématique non seulement par un parcours spécifique mais aussi par un soutien individualisé. Le mentorat couramment utilisé dans l'industrie est associé à un « mentor » comme un expert ou senior et à un « mentoré » détecté comme ayant du potentiel à assurer une responsabilité future. L'objectif est de développer les performances du sujet par un accompagnement individualisé de mises en situations, de conseils et de motivation. La transmission des connaissances éprouvées du mentor vont permettre à l'organisation d'évaluer encore une fois ses capacités d'adaptation, sa performance et l'évolution de ses compétences. Cela va aussi permettre d'ajuster les besoins en formation du sujet pour étoffer ses connaissances et améliorer la satisfaction du mentoré suivi.

Cette organisation est assez proche de la mise en place des « maitres d'apprentissages » d'étudiants infirmiers au sein de la structure. Différentes options s'ouvrent au postulant avec l'appui de sa hiérarchie : mises en situation permettant de développer la qualité requise (projet, prise de parole, organisation de conférence), exercice « Vie ma vie » de positionnement de l'agent en compagnonnage avec un professionnel expérimenté sur des missions précises.

3.3.4 L'exploitation et le réinvestissement des formations acquises

Nombre de formations qu'elles soient diplômantes ou non, sont peu ou rarement exploitées dans les établissements. La cartographie généralisée de ces professionnels aux compétences développées sont à exploiter dans la dynamique managériale tant au niveau des services que lors de manifestations à plus grande échelle. Pour exemple, un certain nombre de diplômes universitaires peuvent être utilisés lors d'interventions de services, de mutualisations de formations.

3.3.5 La mise à profit des référents

Les référents de service, qu'ils soient positionnés sur l'hygiène, la sécurité du médicament ou toute autre dynamique sont source de compétence rare tant pédagogique qu'en terme de connaissance. Certains d'entre eux peuvent être positionnés sur des missions d'expertise, des projets internes.

3.3.6 L'entretien de départ

Face à ces difficultés de stabilisation des personnels et plus particulièrement de ceux ayant une plus-value pour l'institution, une veille professionnelle peut être organisée pour mieux analyser le contexte avec des entretiens de départs systématiques sur tous les niveaux hiérarchiques. Les données recueillies vont alors permettre d'argumenter de façon factuelle le turn-over et nourrir l'entretien professionnel du climat social entre autre. Par la même, il permet de définir les axes d'amélioration des conditions de travail et d'agir en deuxième intention sur la fidélisation du personnel.

Conclusion

Il ressort des entretiens que peu de nouveaux métiers se créent. Les métiers en émergence sont somme toute assez rares. Il est plus juste de parler de métiers en transformation, avec des compétences nouvelles ou à adapter en fonction des évolutions. D'ailleurs, ces évolutions sont liées à des facteurs divers et variés : progrès technologiques, normes réglementaires, évolutions sociétale et démographique... On se rend ainsi compte que certains métiers deviennent transversaux à plusieurs domaines, notamment sous l'influence du numérique.

Un des leviers de performance des établissements va être de détecter, former aux métiers émergents et faire émerger des métiers, des créateurs de valeur.

La participation du directeur des soins dans la GPMC présente plusieurs intérêts. Le premier est avant tout d'être dans un mode de gestion préventif des ressources humaines ainsi qu'un outil d'aide à la décision objectivé. Le second va être de rentrer dans une démarche prospective et stratégique qui part d'un état des lieux de l'existant, qui anticipe les écarts en compétences et les futurs besoins. Pour ce faire, il devra développer un dispositif qui engage tant le collectif dans l'évolution des métiers (sensibles ou émergents) que dans les capacités d'évolution individuelles (parcours professionnels). Le concept va être centré non pas sur le grade ou le statut mais sur le métier et ses compétences spécifiques mobilisées. La dernière action va être d'impliquer à tous les niveaux de l'organisation (établissement, pôle, service) et de tous les acteurs (directions, cadres, partenaires sociaux, professionnels) la démarche.

Le rôle du directeur des soins est d'anticiper les besoins, proposer des organisations et penser leurs conséquences. La détection des potentiels et des talents a donc son importance par la recherche de compatibilités et d'intérêts convergents utiles à l'organisation grâce un management du potentiel humain et de l'emploi. En effet, l'employabilité des équipes soignantes s'avère être un investissement optimal dans le maintien des valeurs de l'organisation, un vecteur indispensable à la dynamique du changement et des stratégies collectives, un bouclier dans la qualité des soins et un levier de performance pour l'institution.

L'investissement dans une GPMC mature et prospective est encore à accompagner avant de pouvoir l'envisager dans la dynamique des GHT mais elle est à penser dès à présent dans ce périmètre élargi.

Bibliographie

Seuls les documents en lien direct avec ce travail de mémoire sont intégrés à la bibliographie mais de nombreuses autres références ont été consultées.

Textes législatifs et réglementaires

- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
- Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée
- Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Arrêté du 23 avril 2018 modifiant l'arrêté du 8 décembre 2015 fixant la liste des orientations nationales du développement professionnel continu des professionnels de santé pour les années 2016 à 2018
- Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière
- Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires
- Décret n°2017-928 du 6 mai 2017 relatif à la mise en œuvre du compte personnel d'activité dans la fonction publique et à la formation professionnelle tout au long de la vie.

Ouvrages

- Bernier P.,Gresillon A., *La GPEC : Construire une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et compétences*, Paris : Dunod, 2016
- Chaminade B., *Attirer et fidéliser les bonnes compétences*, Paris : AFNOR, 2006
- Dejoux C.- Thevenet M., *La gestion des talents : La GRH d'après-crise*, Paris: Dunod, 2010
- Delavallée E., *La culture d'entreprise pour manager autrement*, Paris : Organisation, 2004
- Dietrich A., *Management des compétences*, Paris : Vuibert, 2015
- Esnault N., *Le manager développeur de compétences*, Paris : ESF, 2005
- Gilbert P., *La gestion prévisionnelle des ressources humaines*, Paris : La Découverte, 2006

- Hass D.-Lebrun D.-Secher J.E., *Des restructurations hospitalières et des hommes*, Paris : Presses de l'école des hautes études en santé publique, 2012
- Le Boterf G., *Repenser la compétence, raisonner juste pour une GPEC efficace*, Paris : Eyrolles, 2010
- Le Boterf G., *Construire les compétences individuelles et collectives*, Paris : Eyrolles, 2015
- Marchal G.-Rieucan E., *Le recrutement*, Paris: La Découverte, 2010
- Marsal L., *La détection des potentiels*, Paris : ESF, 2007
- Piegeyre A.-Dietrich P.-Gilbert F., *Management des compétences : Enjeux, modèles et perspectives*, Paris: Dunod, 2010.
- Sage R., *Les difficultés de recrutement et l'attractivité des entreprises*, Paris: Liaisons, 2005.
- Wittorski, R., *Professionnalisation et développement professionnel*, Paris : L'Harmattan, 2007
- Ricœur, P., *Parcours de la reconnaissance*, Paris : Gallimard, 2005

Articles de périodiques

- Barreau P., 2018, « La gestion des talents, un acte managérial complexe », *Gestion Hospitalière*, février, p.110-111
- Mirallès P., 2007, « La gestion des talents, émergence d'un nouveau modèle de management », *Management et avenir*, p. 224

Conférences-Rapports

- Rapport de Contribution du HCAAM à la Stratégie de transformation de notre système de santé, avis du 24 mai 2018

Sites Internet

- Talents ou potentiels :
<http://www.axone-rh.fr/379-talent-ou-haut-potentiel.htm>
- Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)
<http://www.data.drees.sante.gouv.fr>
- Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière :
<http://www.metiersfonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/>
- Gestion des ressources humaines :
<http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/ameliorer-la-gestion-des-ressources-humaines-la-gestion-previsionnelle-des-emplois-et-des-competences>

Autres

- Etude MENSIA Conseil, 2011, « La gestion des talents au service de l'entreprise »

Liste des annexes

- Annexe 1 : grille d'entretien CGS-DS-DRH
- Annexe 2 : grille d'entretien Président de CME-Chef de pôle
- Annexe 3 : grille d'entretien Cadre Supérieur de pôle
- Annexe 4 : indicateurs de suivi de la GPMC

Grille d'entretien Coordonnateur Général des Soins – Directeur des Soins – Directeur des Ressources Humaines

Une stratégie de détection des potentiels inscrite dans le Projet d'établissement favorise le repérage des potentiels utiles aux métiers émergents du soin

1. Rencontrez-vous des difficultés de recrutement, de rupture de prise en charge ou de compétence requise suite à la mise en place de votre projet d'établissement et/ou PMSP ? ► Si oui sur quelles professions ?
 2. Selon vous, quels sont les nouveaux besoins en compétences, missions et métiers émergents ?
 3. Le projet d'établissement contient-ils une thématique sur les besoins futurs en compétences, métiers émergents et/ou détection des potentiels? ► Si oui, dans quel sous projet est-il inclus ? ► Quels sont les enjeux et impacts attendus à cette stratégie ? (pour l'établissement, le directeur des soins, les professionnels)
-

Le suivi conjoint de la GPMC par le binôme DRH-DS participe à cibler les compétences manquantes

1. Avez-vous une politique de GPMC définie et dédiée à cette thématique ? ► Que contient-elle ? (entretiens prof, promotion prof, formation continue)
 2. Les besoins sont-ils recensés par les établissements ?
 3. Quels sont les dispositifs qui servent ou pourraient servir à la détection des potentiels ? (progiciel, projet de formation pôle, cellule de promotion professionnelle, revue des talents, référents, etc.) ► quelle en sont leurs exploitations ?
 4. Avec qui est-elle travaillée? (DRH DS MED CPP) ► Si oui, quelle en est la plus-value ?
 5. Selon vous, quels peuvent être les ressorts d'une collaboration DS-DRH dans ce contexte?
-

La sensibilisation de l'encadrement à l'exploitation de l'entretien professionnel permet de mettre en adéquation la politique de formation avec les potentiels repérés

1. L'entretien professionnel est-il investi par les cadres (régularité, intérêt, suivi des professionnels) ?
2. intègre-t-il spécifiquement un repérage des potentiels ? ► Si oui, quelle en est son exploitation par les cadres (remontée de besoins, réunion de concertation, etc.) ?
4. Comment construisez-vous votre plan de formation ?
5. Quels sont les acteurs qui participent à la construction du plan de formation ?

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Grille d'entretien Président de CME-Chef de pôle

Une stratégie de détection des potentiels inscrite dans le Projet d'établissement favorise le repérage des potentiels utiles aux métiers émergents du soin

1. Rencontrez-vous des difficultés de recrutement, de rupture de prise en charge ou de compétence requise des professionnels paramédicaux suite à la mise en place de votre projet d'établissement et/ou PMSP ? ► Si oui sur quelles professions ?
 2. Selon vous, quels sont les nouveaux besoins en compétences, missions et métiers émergents des soignants ?
 3. Le projet d'établissement (ou de pôle) contient-ils une thématique sur les besoins futurs en compétences, métiers émergents et/ou détection des potentiels? ► Si oui, dans quel sous projet est-il inclus ? ► Quels sont les enjeux et impacts attendus à cette stratégie ? (pour l'établissement/pôle, les médecins, les professionnels)
-

Le suivi conjoint de la GPMC par le binôme DRH-DS participe à cibler les compétences manquantes

1. Les besoins sont-ils recensés par les établissements ?
 2. Avec qui est-elle travaillée? (DRH DS MED CPP) ► Si oui, quelle en est la plus-value ?
 3. Selon vous, quels peuvent être les ressorts d'une collaboration DS-DRH dans ce contexte?
-

La sensibilisation de l'encadrement à l'exploitation de l'entretien professionnel permet de mettre en adéquation la politique de formation avec les potentiels repérés

1. Etes-vous sollicité régulièrement par la direction pour travailler sur les postes critiques de votre pôle (métiers sensibles, recrutements difficiles des postes clé, etc.)
2. Les plans de formation intègrent-ils ces notions ?
3. Quels sont les acteurs qui participent à la construction du plan de formation ?

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Grille d'entretien Cadre Supérieur de pôle

Une stratégie de détection des potentiels inscrite dans le Projet d'établissement favorise le repérage des potentiels utiles aux métiers émergents

1. Rencontrez-vous des difficultés de recrutement, de rupture de prise en charge ou de compétence requise sur votre pôle ► Si oui sur quelles professions ?
 2. Selon vous, quels sont les nouveaux besoins en compétences, missions et métiers émergents ?
 3. Le projet d'établissement (ou de pôle) contient-ils une thématique sur les besoins futurs en compétences, métiers émergents et/ou détection des potentiels? ► Si oui, dans quel sous projet est-il inclus ? ► Quels sont les enjeux et impacts attendus à cette stratégie ? (pour l'établissement, le cadre de pôle, les professionnels)
-

Le suivi conjoint de la GPMC par le binôme DRH-DS participe à cibler les compétences manquantes

1. Avez-vous une politique de GPMC définie et dédiée à cette thématique dans le pôle ? ► Que contient-elle ? (entretiens prof, promotion prof, formation continue)
 2. Les besoins sont-ils recensés par le pôle ?
 3. Quels sont les dispositifs qui servent ou pourraient servir à la détection des potentiels ? (progiciel, projet de formation pôle, cellule de promotion professionnelle, revue des talents, référents, etc.) ► quelle en sont leurs exploitations ?
 4. Avec qui est-elle travaillée? (DRH DS CSP Med cadres) ► Si oui, quelle en est la plus-value ?
 5. Selon vous, quels peuvent être les ressorts d'une collaboration DS-DRH dans ce contexte?
-

La sensibilisation de l'encadrement à l'exploitation de l'entretien professionnel permet de mettre en adéquation la politique de formation avec les potentiels repérés

1. L'entretien professionnel est-il investi par les cadres (régularité, intérêt, suivi des professionnels) ?
2. Quelle en est son exploitation par les cadres (remontée de besoins, réunion de concertation, etc.) ?
3. Comment construisez-vous votre plan de formation ? ► intègrent-ils spécifiquement ces notions
3. Quels sont les acteurs qui participent à la construction du plan de formation ?

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

Indicateurs de suivi de la GPMC

Indicateurs de suivi de construction des outils GPMC :

Typologie des métiers présents au sein de l'établissement versus Répertoire des métiers de la FPH ; pourcentage des agents/ employés rattachés à un métier ; nombre de fiches métiers/ nombre de fiches de postes produites (en lien avec le Répertoire des métiers FPH par exemple) ; nombre de métiers décrits en termes de niveau de compétence requis (supports d'entretien) ; nombre de fiches de postes formalisées sur la base du Répertoire des compétences.

Indicateurs prévisionnel de GPMC :

Nombre de métiers repérés comme sensibles, en tension, émergents, et plans d'action associés ; pyramide des âges pour les métiers sensibles, en tension, avec compétences rares ; nombre de tableaux des flux par métier (entrants/ sortants) ; nombre de services/ unités possédant une cartographie des compétences ;

Indicateurs d'appropriation de GPMC :

Pourcentage d'entretiens annuels réalisés; pourcentage de recrutement réalisés sur la base des fiches métiers/ postes ; nombre de formations réalisées en lien avec la cartographie des compétences ; nombre de projets de mobilité interne initiés (début de concrétisation) en lien avec les passerelles et besoins identifiées.

Directeurs des Soins

Promotion 2018

**Métiers émergents et
Gestion Prévisionnelle Emplois et Compétences :****Enjeux de performance pour le Directeur des Soins****Résumé :**

L'émergence de nouveaux métiers du soin constitue aujourd'hui un enjeu majeur pour les établissements de santé, dans un contexte de bouleversement des organisations et de contraintes financières. L'adaptation des établissements de santé ne peut se faire sans une réflexion sur les métiers, missions, niveaux de compétences et management pour l'accompagner.

Cette étude a cherché à comprendre en quoi, la mise en place d'une stratégie de détection des potentiels coordonnée par le binôme DRH-DS pouvait contribuer à déterminer les besoins en métiers émergents. Le constat interroge le projet d'établissement, la collaboration DRH-DS dans le suivi conjoint de la GPMC et l'exploitation de l'entretien professionnel.

Des perspectives sont proposées sous 3 axes : stratégiques, organisationnels et managériaux avec pour chacun, des fiches actions de mise en œuvre du projet.

La détection des potentiels s'avère être un investissement optimal dans l'employabilité des professionnels, un vecteur indispensable à la dynamique du changement et des stratégies collectives, un bouclier dans la qualité des soins et un levier de performance pour l'institution.

Mots clés :

Ressources humaines, GPMC, métier émergent, employabilité, compétence, potentiel, projet d'établissement, évaluation, entretien professionnel.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.