

**ENSP**  
ECOLE NATIONALE DE  
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

---

**Filière Directeurs d'Hôpital**

Promotion : **2006 - 2008**

---

**Les prémices d'une démarche  
« Métiers – Compétences » :**

**L'exemple du Centre Hospitalier de  
Coulommiers**

---

**Lauren RIZET PAPET**

---

# **Remerciements**

---

J'adresse mes sincères remerciements à Raoul PASSY, directeur du Centre Hospitalier de Coulommiers, et à Nathalie HORN, maître de stage, ainsi qu'à l'ensemble du personnel de direction, pour l'accueil qui m'a été réservé tout au long de ce stage et pour leur enthousiasme à former un futur directeur d'hôpital.

Je tiens à remercier plus particulièrement Cécile FRAGNY, directeur des ressources humaines, pour m'avoir confié ce sujet, particulièrement intéressant et formateur.

Je souhaite également remercier chaleureusement l'ensemble des professionnels du Centre Hospitalier de Coulommiers, et en particulier les cadres de santé, pour leur disponibilité, leur enthousiasme à travailler sur ce dossier et leur efficacité dans ce travail.

Je remercie Ghislain PROMONET, directeur des ressources humaines du Centre Hospitalier Antoine Béclère, qui a accepté d'assurer l'encadrement de ce mémoire : pour ses précieux conseils, son aide et sa disponibilité.

Que toutes les personnes qui ont su se rendre disponible pour me recevoir, Richard BARTHES, chargé de mission à la DHOS, Françoise PIVIN, Direction du Développement des Ressources Humaines, AP-HP, Siège, Philippe TOUZY, Direction du Personnel et des Relations Sociales, AP-HP, Siège, soient remerciés.

Enfin, que tous ceux qui m'ont apporté conseils et soutien dans la rédaction de ce mémoire comme dans l'avancement du projet soient remerciés.

---

# Sommaire

---

<b>1 Etat des lieux de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences dans le secteur hospitalier .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Un concept hérité du secteur privé et progressivement transposé au domaine hospitalier .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1.1 Une notion qui imprègne toute la gestion des ressources humaines mais dont la définition même pose question .....</b>	<b>1</b>
A) Où situer la GPEC dans la gestion des ressources humaines ? .....	1
B) La GPEC, une notion aux contours flous dont la définition exacte n'est pas aisée .....	3
C) GPEC ou démarche métiers - compétences ? .....	3
<b>1.1.2 La GPEC, née dans le secteur privé et récemment relancée par la Loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, a été « transposée » à la sphère publique de manière progressive .....</b>	<b>5</b>
A) La GPEC, dans le secteur privé, existe depuis deux décennies mais a été récemment relancée.....	5
B) Bref historique de la GPEC dans le domaine hospitalier .....	6
<b>1.1.3 Le secteur hospitalier s'est lentement imprégné de cette démarche, qui y reste malgré tout peu développée .....</b>	<b>8</b>
A) Le secteur hospitalier s'imprègne lentement de cette démarche.....	8
B) La démarche GPEC reste globalement peu développée dans le secteur hospitalier, malgré les expériences de quelques établissements « pilotes » .....	9
<b>1.2 Une démarche indispensable au regard des défis que doit relever le secteur hospitalier .....</b>	<b>10</b>
<b>1.2.1 Un monde hospitalier en plein bouleversement .....</b>	<b>11</b>
A) En une décennie, le contexte hospitalier a connu des évolutions majeures dans de nombreux domaines .....	11
B) Un bouleversement à part : des départs en retraite massifs qui doivent être anticipés dès à présent .....	13
<b>1.2.2 La capacité des établissements publics de santé à pallier les difficultés liées aux bouleversements en cours et à venir grâce à la GPEC reste incertaine.....</b>	<b>14</b>
A) Une GPEC opérationnelle et pérenne peut sans doute beaucoup ... ..	14
B) ... Mais la GPEC seule ne pourra pas tout.....	15
<b>1.3 Des réalisations nationales en plein développement .....</b>	<b>16</b>
<b>1.3.1 Des réalisations nationales indispensables à une mise en place généralisée de la GPEC .....</b>	<b>16</b>
A) Le répertoire des métiers de la FPH : outil indispensable quoique perfectible .	16

B) Le recensement des facteurs d'évolution des ressources humaines à moyen et long termes : un tableau clair et synthétique des changements à venir.....	18
C) L'étude prospective des métiers de la FPH demain : pour s'adapter aux métiers émergents et anticiper leur développement .....	18
<b>1.3.2 Que faut-il attendre de la démarche nationale au cours des prochaines années ?</b>	<b>19</b>
A) La mise à jour du répertoire des métiers .....	19
B) Quelle prise en compte des faisant fonction ? .....	20
<b>2 La mise en place d'une démarche métiers – compétences au Centre Hospitalier de Coulommiers : méthode de travail et réalisations .....</b>	<b>22</b>
<b>2.1 Le choix d'une démarche progressive, soutenue par un plan d'action et de communication.....</b>	<b>22</b>
<b>2.1.1 L'état des lieux, préalable à toute action.....</b>	<b>22</b>
A) Bilan des outils et indicateurs actuels : la pauvreté de l'existant .....	22
B) Le recensement initial de tous les projets en cours et à venir au CHC, et de leurs implications prévisionnelles en termes de RH a constitué la première pierre de la démarche métiers – compétences .....	23
<b>2.1.2 Un choix pragmatique : le « pas à pas » comme méthode de mise en œuvre de la démarche métiers – compétences, allié à la mise en exergue d'objectifs clairs .....</b>	<b>25</b>
A) Le choix des objectifs et de la démarche à suivre pour les atteindre a ensuite été fait avec l'aide des outils régionaux en la matière .....	25
B) La détermination des acteurs concernés est allée de pair avec le choix de la démarche .....	28
C) La rédaction d'un plan d'action et de communication a été un point décisif dans la mise en œuvre de la démarche .....	30
D) La mise en exergue de l'utilité de la démarche métiers – compétences auprès de tous ses acteurs, a découlé de ce plan .....	31
<b>2.1.3 Certains éléments ont été particulièrement utiles à l'avancée de la démarche ....</b>	<b>33</b>
A) L'échéancier prévisionnel a permis l'avancement régulier du projet et la projection dans le temps de ses acteurs.....	33
B) Des acteurs motivés à tous les échelons.....	33
<b>2.2 Les réalisations.....</b>	<b>34</b>
<b>2.2.1 La gestion actuelle des effectifs : recensement des métiers de chacun des 9 pôles et mise à disposition de l'outil créé.....</b>	<b>35</b>
A) La démarche : volontariat et autonomie des cadres, alliés à des objectifs clairs et à une échéance limitée .....	35
B) La mise en œuvre : dynamique réussie et prise en compte de la nécessité d'un encadrement fort et d'explications renouvelées .....	36

<b><u>2.2.2 La gestion prévisionnelle des effectifs : construction des tableaux de bord et mise en œuvre de leur suivi</u></b> .....	<b>37</b>
A) La phase de construction des indicateurs.....	37
B) La difficile mise en œuvre de leur suivi .....	38
<b><u>2.2.3. La mise en œuvre du volet qualitatif de la démarche nécessite en premier lieu une rénovation en profondeur de l'entretien annuel existant.....</u></b>	<b>39</b>
A) Les limites de l'entretien annuel de notation existant .....	39
B) ... Ont conduit à la mise en place d'un entretien annuel d'évaluation, auquel tous les cadres doivent être formés .....	39
<b><u>3 Préconisations et conditions pour le passage d'une gestion administrative à une véritable gestion des ressources humaines au CHC : la poursuite de la démarche « métiers- compétences ».....</u></b>	<b>42</b>
<b><u>3.1 Une démarche ambitieuse, que seule une dynamique sans cesse renouvelée et la définition du projet d'établissement, rendront pérenne et efficiente.....</u></b>	<b>42</b>
<b><u>3.1.1 Comment faire pour éviter le risque majeur d'un essoufflement de la démarche ?</u></b> .....	<b>43</b>
A) Le risque de l'essoufflement de la démarche est majeur .....	43
B) Mais des réalisations concrètes et pérennes devraient permettre d'éviter l'enlisement du projet .....	44
<b><u>3.1.2. Le succès de la démarche reste en partie conditionné à la formalisation du projet d'établissement</u></b> .....	<b>46</b>
A) L'absence d'un projet d'établissement se fait aujourd'hui ressentir à tous les niveaux .....	46
B) Des avancées imminentes sont attendues .....	47
<b><u>3.2 L'implication des acteurs à tous les niveaux est et demeure indispensable à la poursuite d'une démarche globale et à la mise en œuvre d'une GRH moderne et efficiente</u></b> .....	<b>48</b>
<b><u>3.2.1 Le Centre Hospitalier de Coulommiers ne pourra pas faire l'économie d'un investissement conséquent dans son système d'information</u></b> .....	<b>48</b>
<b><u>3.2.2 Des actions de formation initiales et renouvelées dans le temps sont à prévoir..</u></b>	<b>49</b>
<b><u>3.2.3 L'implication des agents eux-mêmes, jusqu'ici restreinte faute de temps, ne doit pas être négligée.....</u></b>	<b>49</b>
<b><u>3.2.4. La réflexion sur la délégation de gestion aux pôles devra prendre en compte la « dimension GPEC ».....</u></b>	<b>51</b>
<b><u>3.3 Le cadre national et le « serpent de mer » de la réforme du statut : fausse réponse ou vraie nécessité ?</u></b> .....	<b>52</b>
<b><u>3.2.1 Le statut représente-t-il un frein à la mise en place d'une démarche « métiers- compétences » ?.....</u></b>	<b>52</b>
<b><u>3.2.2 Que faire dans le cadre du statut ? Des marges de manœuvre parfois inexploitées</u></b> .....	<b>53</b>

<b>Conclusion.....</b>	<b>56</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>57</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>60</b>
<b><u>Pôles .....</u></b>	<b><u>61</u></b>
<b><u>Principaux projets .....</u></b>	<b><u>61</u></b>
<b><u>Chirurgie .....</u></b>	<b><u>61</u></b>
<b><u>Médecine .....</u></b>	<b><u>62</u></b>
<b><u>Management .....</u></b>	<b><u>62</u></b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AA : Agent Administratif  
ADCH : Adjoint des Cadres Hospitaliers  
AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris  
ARHIF : Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France  
AS : Aide Soignant  
ASH : Agent des Services Hospitaliers  
CH : Centre Hospitalier  
CHC : Centre Hospitalier de Coulommiers  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
COM : Contrat d'Objectifs et de Moyens  
DGEFP : Direction Générale à l'Emploi et à la Formation Professionnelle  
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins  
DRH : Direction des Ressources Humaines  
DS : Directeur des Soins  
DU : Diplôme Universitaire  
EDH : Elève – directeur d'hôpital  
EPS : Etablissement Public de Santé  
FF : Faisant Fonction  
FPH : Fonction Publique Hospitalière  
GAEC : Gestion Anticipée des Emplois et des Compétences  
GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences  
GPEEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois, des Effectifs et des Compétences  
GPPEC : Gestion Prévisionnelle et Préventive des Emplois et des Compétences  
GRH : Gestion des Ressources Humaines  
IDE : Infirmier (ère) Diplômé(e) d'Etat  
MER : Manipulateur en Radiologie  
ONEMFPH : Observatoire National des Emplois et Métiers de la Fonction Publique Hospitalière  
RH : Ressources Humaines  
RTT : Réduction du Temps de Travail  
VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

## Introduction :

Les réformes hospitalières en cours : nouvelle gouvernance, tarification à l'activité et état prévisionnel des recettes et des dépenses, SROS 3, certification V2, modifient à l'heure actuelle les règles de fonctionnement et l'organisation des établissements de santé en profondeur. Par ailleurs, de nouvelles contraintes externes apparaissent, telles que le vieillissement démographique en particulier, qui touche les usagers du service public hospitalier, mais également ses personnels, et représente pour l'hôpital un défi de grande ampleur.

La région parisienne en particulier subit actuellement des tensions fortes, et ses établissements peinent à recruter certains métiers. De nombreux postes restent ainsi non pourvus faute de candidats.

Face à ces changements majeurs et à ces difficultés actuelles ou à venir, la mise en place d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, au niveau de chaque établissement, est une réponse nécessaire, voire indispensable. Elle permet en effet à terme d'anticiper les mouvements de personnels, les métiers en déclin ou au contraire émergents, et d'adapter les recrutements, formations et qualifications à ces mouvements à venir.

A cet égard, l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France a récemment mis en place des outils d'aide à ses établissements de santé, pour la mise en place effective d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Cette démarche, intitulée « démarche métiers – compétences », devrait être mise en œuvre par les établissements à l'horizon 2012.

Ainsi, les outils traditionnels de la gestion quantitative des personnels, tels que les tableaux entrées/sorties, pyramides des âges, ou tableaux de bord de l'absentéisme, ont été présentés par l'ARHIF, par le biais de son centre régional de ressources, le C2R Santé, au cours d'une journée de formation<sup>1</sup>, et dans divers documents, accessibles en ligne<sup>2</sup>. Ces outils de gestion quantitative, auxquels fait référence le terme de gestion actuelle et prévisionnelle des emplois ou GPE, correspondent à une obligation réglementaire de la part des établissements de santé. Ils doivent être distingués de la dimension davantage qualitative de la gestion des ressources humaines : la gestion

<sup>1</sup> Journée de formation du 24 avril 2007, à destination du personnel encadrant des établissements de santé d'Ile de France.

<sup>2</sup> <http://www.c2rsante.fr>.

actuelle et prévisionnelle des compétences, dont l'objectif principal est de faire évoluer les compétences des agents en vue des besoins actuels ou futurs de l'établissement.

Le terme de « démarche métiers – compétences » met davantage en exergue cet aspect qualitatif de la gestion des ressources humaines, et c'est en cela qu'il peut être distingué du terme de GPEC, même si souvent les deux termes peuvent être employés indistinctement. En revanche, les deux dimensions, quantitative et qualitative, de la gestion des métiers et des compétences, doivent clairement être distinguées, dès lors que l'intérêt principal d'une GPEC se situe souvent dans le domaine qualitatif, moins avancé au plan national, et sans doute moins encadré, mais qui doit permettre, à terme et s'il est bien mené, une meilleure adéquation des hommes aux postes, ce qui constitue, in fine, l'objectif de toute gestion des ressources humaines.

Face aux mutations importantes du monde hospitalier, et aux départs en retraite massifs à venir, le Centre Hospitalier de Coulommiers, par la voie de sa directrice des ressources humaines, nouvellement arrivée, a décidé de mettre en place une démarche « métiers – compétences ». Cette mise en place a été confiée à l'Elève directeur d'hôpital, en stage pour huit mois au Centre Hospitalier de Coulommiers. Les objectifs de la démarche ont été définis de la manière suivante : recensement de tous les métiers présents au CHC, par le biais du rattachement des agents au répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière, construction et suivi des tableaux de bord nécessaires à une gestion quantitative des personnels, et, de manière générale, meilleure adéquation des hommes aux postes, objectif qui irrigue tous les volets de la gestion des ressources humaines : recrutement, évaluation, formation...

L'intérêt d'une démarche « métiers – compétences » a été mis en exergue par les responsables du projet auprès de tous les personnels du Centre Hospitalier concernés en priorité. Il semble en effet indispensable à l'heure actuelle de se doter des instruments permettant une gestion fine des personnels, permettant à terme d'anticiper les mouvements de personnels et de connaître avec exactitude les métiers exercés et les compétences existantes, mises en œuvre ou manquantes dans tous les pôles et service de l'établissement. Pourtant, au Centre Hospitalier de Coulommiers comme ailleurs, la GPEC fait encore parfois débat.

En effet, force est de reconnaître que cet outil de gestion des ressources humaines est encore souvent considéré par les organisations syndicales et même certains cadres comme une « usine à gaz », dont les résultats et les réalisations demeureront faiblement exploités, et dont les bénéfices nets en termes d'ajustement des personnes aux postes

sera restreint. C'est là un préjugé contre lequel les responsables du projet au Centre Hospitalier de Coulommiers ont dû œuvrer, par une communication large, insistant notamment sur les réalisations concrètes à attendre de la démarche « métiers – compétences », ou GPEC – terme souvent employé car davantage connu et reconnu par les acteurs de la démarche.

Mais, au-delà de cette prévention, un autre point fait encore clairement débat : celui de la relation entre la gestion statutaire des carrières et la démarche « métiers - compétences ». Les organisations représentatives du personnel, notamment, s'interrogent sur les bénéfices que pourront retirer les agents de la connaissance de leur métier et de leurs compétences : y'aura-t-il des retombées concrètes dans la gestion de leurs carrières ou cela n'est-il qu'un instrument à destination de la direction des ressources humaines, destinée à mieux vérifier la concordance entre le travail effectivement réalisé et le métier d'appartenance ? Cette interrogation conduit in fine les organisations représentatives du personnel à formuler une profonde inquiétude, qui est celle du remplacement, à terme, du statut par la démarche « métiers - compétences ».

La démarche « métiers – compétences » n'a-t-elle d'impact véritable qu'au prix de la fin du statut de la fonction publique hospitalière, contre laquelle les organisations représentatives du personnel s'insurgent ? Ou, bien au contraire, gestion statutaire et réflexion sur les métiers et les compétences, sont-elles complémentaires ? C'est là l'une des questions centrales de la réflexion sur la démarche « métiers – compétences ».

Cette réflexion, centrée sur l'exemple du Centre Hospitalier de Coulommiers, devra dresser un état des lieux global de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dans le secteur hospitalier, avant de présenter la méthode de travail choisie et les réalisations obtenues au CHC, puis de proposer des pistes d'amélioration et de réflexion.

# **1 Etat des lieux de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences dans le secteur hospitalier**

## **1.1 Un concept hérité du secteur privé et progressivement transposé au domaine hospitalier**

La **Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences** ou GPEC a tout d'abord été un concept du monde de l'entreprise qui, au cours des années quatre vingt, l'a forgé et partiellement mis en œuvre. Mais le secteur public, prenant acte de la **circulaire du Premier Ministre Michel Rocard en 1989**, a également intégré progressivement cet outil d'une gestion des ressources humaines moderne. Aujourd'hui, les trois fonctions publiques disposent de répertoires des métiers et sont incitées à mettre en place des mesures de recensement des métiers puis de gestion prévisionnelle de ces métiers. Le monde hospitalier a donc lui aussi fait progressivement sienne cette démarche anticipative, d'autant plus indispensable que les défis qu'il doit aujourd'hui relever sont nombreux et auront des conséquences majeures sur les effectifs et les compétences de ses agents.

### **1.1.1 Une notion qui imprègne toute la gestion des ressources humaines mais dont la définition même pose question**

A) Où situer la GPEC dans la gestion des ressources humaines ?

Pour définir la GPEC, il convient tout d'abord de faire le point sur les **fondements de la gestion des ressources humaines** dans son ensemble.

En effet, la GPEC est une forme particulière de réflexion, grâce à des outils adaptés, sur ces fondements de la GRH. Elle permet in fine d'élaborer des politiques anticipées et préventives en fonction des évolutions prévisionnelles des effectifs et des compétences des hommes et femmes qui travaillent dans la structure.

Les fondements de la GRH doivent figurer dans tout **projet social**. Chacun de ces fondements correspond en effet à un volet de la politique générale de GRH définie principalement par le directeur des ressources humaines, en accord avec la politique générale de l'établissement. Les volets de tout projet social d'un établissement public sont les suivants :

1. Volet emploi/ recrutement : définition de fiches de postes, de fiches de recrutement, quel mode d'entrée privilégier : mutations internes, mutations externes ?
2. Volet évaluation : quelle stratégie d'évaluation, support écrit ou non, dissocié ou non de la notation ?
3. Volet formation et gestion des compétences : formation et promotion professionnelles, formations internalisées ou externalisées, formations en ligne...
4. Volet organisation et conditions de travail : prévention des accidents du travail et maladies professionnelles, amélioration des conditions d'exercice et recherche d'une plus grande efficacité (politique sociale et attractivité : crèche, logement, parkings, prestations sociales...) : comment améliorer les conditions de travail et en faire un argument d'attractivité ?
5. Volet communication et participation : comment associer le personnel aux décisions stratégiques en matière sociale ?<sup>3</sup>

On peut en outre souligner que dans certains établissements, les volets évaluation et formation/ gestion des compétences n'en font qu'un, dans la mesure où l'entretien d'évaluation est une étape essentielle du développement des compétences.

Chacun de ces volets correspond donc à une politique spécifique, et la mise en commun, le mélange de ces volets, c'est-à-dire de ces différentes politiques, constitue ce que l'on appelle le « **mix social** ». Il convient d'ailleurs de noter que dans le secteur privé, le « mix social » comprend également un volet rémunération. Cet élément n'a pour l'instant pas sa place dans le projet social des établissements publics, bien que certains développent des politiques indemnitaires basées sur la performance.

La GPEC se situe à la confluence de toutes ces politiques, car l'emploi, l'évaluation, la formation et la gestion des compétences, tout comme l'organisation et les conditions de travail (mais sans doute dans une moindre mesure) et la communication sont des éléments au cœur de toute démarche anticipative de gestion des effectifs et des compétences.

La GPEC touche donc à tous les volets du projet social : elle permet, à l'aide d'outils tels que les flux prévisionnels de départs en retraite ou les anticipations de l'absentéisme, de

---

<sup>3</sup> Entretien avec Richard Barthes, directeur d'hôpital, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Ministère de la Santé, 9 juillet 2007.

faire évoluer ces politiques, grâce à une vision prévisionnelle des effectifs et des compétences.

B) La GPEC, une notion aux contours flous dont la définition exacte n'est pas aisée

Malgré ou peut-être en raison même de ses liens importants avec les différents volets de toute politique de GRH, la GPEC n'est pas un concept aisé à définir et à cerner.

Si l'on considère la GPEC dans son aspect strictement prévisionnel, celle-ci constitue en quelque sorte le sommet de la pyramide de la GRH. En effet, la GPEC ne peut se fonder sur du vide : si les volets de base de la GRH, présents dans le volet social, ne sont pas clairement définis, mis en place et suivis, une démarche de GPEC a peu de chances d'aboutir à des résultats tangibles et pérennes. C'est en ce sens que la GPEC est particulièrement difficile à mettre en place.

Pourtant, si l'on considère la GPEC dans son sens le plus large, comprenant les volets actuels et prévisionnels de la gestion des effectifs et de la gestion des compétences, alors on peut la considérer non plus comme le sommet de la pyramide, mais bien plutôt comme la pierre angulaire de la GRH, en ce sens qu'elle est à la confluence de toutes ses politiques.

Il semble aujourd'hui indispensable de s'inscrire dans une démarche de GPEC comprise au sens large et de s'atteler au développement d'outils efficaces de GRH, gestion tant actuelle que prévisionnelle. Lorsque les acquis de la structure en question sont faibles, la mise en place d'une GPEC est nécessairement plus longue et implique de repartir de la base de la GRH, afin de réussir à mettre en place un outil durable et efficace.

La GPEC se présente dès lors comme le vecteur indispensable permettant de passer d'une gestion purement administrative à une véritable GRH, moderne et efficace.

C) GPEC ou démarche métiers - compétences ?

La démarche « métiers – compétences » est le terme qu'a choisi l'ARHIF pour désigner la démarche que les établissements de santé d'Ile de France sont incités à mettre en place

à l'horizon 2012. Il convient dès lors de s'interroger sur la définition de cette notion, et sur les différences éventuelles qui existent entre les concepts de démarche métiers – compétences et de GPEC.

La distinction entre GPEC et démarche métiers - compétences n'est pas aisée ainsi que l'ont reconnu les professionnels interrogés<sup>4</sup>. En effet, au plan national, certains responsables emploieront l'un pour l'autre, et ne s'accordent pas toujours sur les différences sémantiques.

La démarche « métiers – compétences » peut être définie comme un ensemble de mesures, d'outils et de politiques qui visent à réduire l'écart entre les besoins et les ressources humaines de la structure. Ce n'est que dans un second temps que cette démarche métiers – compétences pourra se muer en véritable gestion prévisionnelle, et s'atteler à l'anticipation des évolutions des effectifs et des compétences. En ce sens, on peut considérer que le concept de démarche métiers – compétences englobe un ensemble d'actions plus large que celui de GPEC, davantage centré sur l'aspect prévisionnel de la GRH, comme son nom l'indique. Certains estiment pourtant que la différence entre les deux concepts se situe ailleurs et que le terme de démarche « métiers – compétences » se place sur un plan plus qualitatif que le concept de GPEC, car il met en exergue le terme de « métier », qui implique une réflexion sur les caractéristiques de la fonction quotidienne de l'agent dans sa structure et sur ses compétences.

Dans ce mémoire, le terme de démarche « métiers – compétences », qui fait référence au terme de « métier », désignera le plus souvent la démarche mise en œuvre par le CHC sur la base des préconisations de l'ARHIF et le terme de GPEC sera quant à lui majoritairement utilisé pour désigner la démarche nationale, dans les secteurs privé et public, car c'est ce terme qui, historiquement, possède la légitimité la plus forte. Les deux termes pourront cependant être employés indistinctement dans certains cas, d'autant plus que c'est le terme de GPEC qui était davantage connu des agents au début de la démarche et qu'ainsi, elle demeure souvent employée au CH de Coulommiers.

En définitive, tous les concepts recensés dans la littérature, qu'il s'agisse de GPEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences), de GPEEC (Gestion Prévisionnelle des Emplois, des Effectifs et des Compétences), de GPPEC (Gestion Prévisionnelle et Préventive des Emplois et des Compétences), de GAEC (Gestion Anticipée des Emplois et des Compétences) ou encore de démarche « métiers –

<sup>4</sup> Entretiens avec Françoise Pivin, directeur d'hôpital, Direction du Développement des Ressources Humaines, Département Prospective Métiers et Nouvelles Organisations, AP-HP, Siège, 13 juillet 2007 et avec Philippe Touzy, directeur d'hôpital, Direction du Personnel et des Relations Sociales, AP - HP, Siège, 24 juillet 2007.

compétences », ont peu ou prou la même signification et s'attachent globalement au même objectif : réduire, de manière préventive si possible, l'écart entre les besoins et les ressources humaines de la structure, à l'aide d'outils et de politiques déterminés.

### **1.1.2 La GPEC, née dans le secteur privé et récemment relancée par la Loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, a été « transposée » à la sphère publique de manière progressive**

A) La GPEC, dans le secteur privé, existe depuis deux décennies mais a été récemment relancée

La GPEC, ou GPEEC - puisque ce dernier terme est très souvent utilisé dans le secteur privé - existe depuis plus de vingt ans dans les entreprises. En effet, la GPEC y a été lancée au cours des années 1980, mais c'est à l'époque son aspect quantitatif qui était privilégié.

Si la GPEC est connue depuis longtemps par les dirigeants et les acteurs de la GRH des entreprises, celles qui ont véritablement mis en place des outils permettant de réduire de manière préventive l'écart entre les besoins et les ressources humaines, sont peu nombreuses. En effet, on estime à l'heure actuelle que 10%<sup>5</sup> seulement des entreprises françaises ont mis en place une GPEC.

Après des avancées au cours de la décennie quatre vingt, les années quatre vingt dix, période marquée par la crise économique et le retour d'un certain « court - termisme », n'ont pas été favorables à la poursuite de la démarche, alors souvent considérée comme une « usine à gaz ».

Pourtant, avec la loi de modernisation sociale (ou LMS) du 17 janvier 2002 dite « loi Borloo », la GPEC est reconnue et promue au niveau législatif. Cette loi incite en effet les entreprises à mettre en place des plans de GPEC. Ainsi, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, l'entrée en vigueur d'une des dispositions de la loi du 17 janvier 2002 oblige toute entreprise comptant plus de 300 salariés à une négociation triennale portant notamment sur « la mise en place d'un dispositif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, sur laquelle le comité d'entreprise est informé, ainsi que sur les mesures

---

<sup>5</sup> Chiffres de la Chambre de Commerce et d'Industrie d'Angers.

d'accompagnement susceptibles de lui être associées, en particulier en matière de formation, de VAE, de bilan de compétences ainsi que d'accompagnement de la mobilité professionnelle et géographique des salariés ».

Pour les entreprises de moins de 300 salariés, l'Etat s'est impliqué financièrement dans la démarche, par le biais du décret du 24 juillet 2003 et de la circulaire DGEFP du 29 mars 2004, qui précisent les conditions de son aide à la prestation de conseil pour l'élaboration d'un plan de GPEC.

Dans le secteur privé, **l'Etat a donc voulu relancer une dynamique de GPEC**, qui s'était semble-t-il essouffée depuis quelques années. La réalité de départs en retraite plus nombreux que les arrivées sur le marché du travail à partir de 2006 n'est bien entendu pas étrangère à cette démarche nationale.

De plus, les entreprises font désormais le lien entre GPEC et anticipation des restructurations voire Plan de Sauvegarde de l'Emploi. En effet, une bonne GPEC doit sans doute permettre aux entreprises d'anticiper les évolutions des effectifs et des compétences requises en fonction de l'évolution de leur activité, et par là même rendre plus rares des Plans de Sauvegarde de l'Emploi, dont l'intitulé ne correspond pas toujours à la réalité de licenciements massifs.

## B) Bref historique de la GPEC dans le domaine hospitalier

Dans le secteur public, la première pierre de la mise en place d'une GPEC est posée par la circulaire du 23 février 1989 relative au renouveau du service public, du Premier Ministre Michel Rocard.

Cette circulaire, dans sa première partie, vise à promouvoir une « politique de relations du Travail rénovée » et, dans son plan d'actions, précise que « des outils de gestion prévisionnelle des missions, des emplois, des effectifs et des carrières devront être prioritairement mis au point dans toutes les administrations ».

Dans le secteur hospitalier, les réalisations depuis 1989 ont été sinon restreintes du moins peu suivies d'effet jusqu'à la mise en place d'un **Observatoire national des emplois et métiers de la Fonction Publique Hospitalière** ou ONEMFPH, par le décret

du 28 décembre 2001 qui a ajouté un titre IV au décret du 13 octobre 1988 constitutif du Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière.

En effet, avant la mise en place de l'ONEMFPH, la publication de la nomenclature des emplois-types en 1991, la création des contrats d'objectifs et de moyens en 1997, le guide méthodologique GPEC en 1998, les référentiels ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) en 1999 avaient de manière diverse promu la mise en place d'une GPEC à l'hôpital, mais avec un succès très relatif.

Installé le 17 avril 2002, l'ONEMFPH dispose depuis sa création de compétences dans quatre domaines, puisqu'il a pour mission de :

- suivre l'évolution des emplois dans la FPH,
- contribuer au développement d'une stratégie de gestion prévisionnelle et prospective et proposer des orientations prioritaires, en particulier en matière de formation,
- apprécier l'évolution des métiers, des fonctions et des qualifications,
- recenser les métiers nouveaux et leurs caractéristiques. <sup>6</sup>

Cet observatoire, avec l'aide de représentants des personnels et d'associations professionnelles, est à l'origine de la publication du **Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière** en 2004, réalisation majeure sur le plan de la GPEC au niveau national. Il est d'ailleurs à noter que des Répertoires des métiers existent également dans les deux autres fonctions publiques : de l'Etat et territoriale.

La mission nationale d'évaluation sur la mise en place de la RTT dans les établissements de santé (2002) et le plan « Hôpital 2012 » ont également promu la mise en place de la GPEC dans les EPS, mais sans réels moyens supplémentaires ou préconisations strictes. La réalisation nationale la plus aboutie et la plus utile reste en ce sens le Répertoire des métiers, qui sera présenté ci-après de manière plus détaillée.

---

<sup>6</sup> Site internet du ministère de la Santé : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

### 1.1.3 Le secteur hospitalier s'est lentement imprégné de cette démarche, qui y reste malgré tout peu développée

#### A) Le secteur hospitalier s'imprègne lentement de cette démarche

L'objectif général de la GPEC est le « passage d'une gestion purement administrative à une véritable GRH »<sup>7</sup>, qui s'attache au développement personnalisé des carrières et permet d'avoir la bonne personne au bon poste et de reconnaître les compétences et les faits significatifs de performance de chacun. Ceci n'est pas chose aisée pour les Directions des RH des hôpitaux, souvent davantage centrées sur la gestion administrative, faute de moyens humains ou informatiques, et parfois faute d'une véritable culture RH à l'hôpital.

On peut schématiquement représenter la GRH de la manière suivante :

<b>Gestion administrative =</b> La norme	<b>Développement des compétences =</b> GRH plus aboutie
Paye Gestion des carrières Notation Mise en œuvre des modifications réglementaires	Politique de recrutement Formation Evaluation Orientation

Le but final de la GPEC est donc d'enrichir l'application de la norme et de réussir à mettre en place une politique de développement des compétences, comprenant une véritable politique de recrutement, de formation, d'évaluation et d'orientation des agents. En raison des sollicitations des tutelles et des bouleversements que connaît le monde hospitalier depuis plusieurs années, certains EPS ont mis en place une véritable GPEC. Cependant, la plupart d'entre eux se cantonnent à l'heure actuelle à la gestion administrative.

<sup>7</sup> Site du C2R Santé : « Témoignages » : Richard Barthes, « La moitié des effectifs sera renouvelée dans quinze ans » : <http://www.c2rsante.fr>.

B) La démarche GPEC reste globalement peu développée dans le secteur hospitalier, malgré les expériences de quelques établissements « pilotes »

Certains EPS sont particulièrement en avance pour ce qui concerne le passage à une GRH moderne et efficiente. On peut citer pour exemple le CHU de Nice ou le CH de Sète, dont les expériences en la matière ont été remarquées au plan national.

L'expérience de l'AP-HP est également particulièrement intéressante à cet égard et a été notamment mise en exergue par l'ARHIF dans le cadre de sa formation à la démarche métiers – compétences<sup>8</sup>, dont elle est l'un des exemples les plus aboutis.

Pour l'AP-HP, le moteur du changement a été l'ouverture du nouvel hôpital parisien, l'hôpital européen Georges Pompidou, et la fermeture concomitante des hôpitaux Broussais, Boucicaut et Laennec<sup>9</sup>. Cette restructuration nécessitait le transfert d'une masse importante de personnels et une réflexion sur leurs compétences et l'évolution éventuelle de leur carrière et de leur métier (le terme de « fonction » était alors utilisé et distingué du grade).

90 000 personnes travaillent actuellement à l'AP-HP, dont 72 000 agents non médicaux concernés au premier chef par la GPEC - en effet, il convient de rappeler que dans tous les EPS qui l'ont mise en place, la GPEC se concentre actuellement sur le personnel non médical - et 95% d'entre eux sont recensés par métier, ce qui permet notamment d'accéder à un large éventail d'outils en utilisant tour à tour le prisme du grade et du métier. Ainsi, les indicateurs traditionnels de la GRH (pyramide des âges, absentéisme, tableau entrées/ sorties, etc.) sont disponibles sur le site intranet de l'AP-HP et référencés par grade mais également par métier. On peut malgré tout s'interroger sur les applications pratiques de ces données : sont – elles véritablement exploitées sur les différents sites de l'AP-HP ? Ceci n'est pas évident.

Cette initiative brièvement présentée appelle plusieurs commentaires : tout d'abord, le métier n'a pas vocation à remplacer le grade ; la logique statutaire et la logique « métiers » sont deux logiques différentes mais complémentaires. C'est d'ailleurs de la clarification de ce point que va souvent dépendre la réussite d'une démarche métiers compétences, car ce remplacement est une très forte crainte syndicale. La communication portera donc sur les conséquences bénéfiques de la démarche compétences pour l'agent : parcours professionnels, passerelles, compétences

<sup>8</sup> Journée de formation du 24 avril 2007, « La démarche métiers compétences », Paris.

<sup>9</sup> Site du C2R Santé : « Témoignages » : Philippe Touzy, « Rendre les hôpitaux acteurs de la gestion prévisionnelle » : <http://www.c2rsante.fr>.

expertes... La réflexion sur la GPEC, soluble ou non dans le statut, reste malgré tout incontournable.

Il reste néanmoins indispensable de disposer d'outils de suivi et de projection des effectifs par grade, notion reconnue par le statut de la FPH, quand bien même tous les agents seraient référencés par métier. Ensuite, le fait que les outils de GPEC soient accessibles à tous les acteurs de la GRH des près de quarante établissements que compte l'AP-HP permet une véritable émulation et a sans doute contribué au dynamisme du recensement des métiers, lequel est aujourd'hui pratiquement finalisé. Enfin, il est intéressant de noter qu'au sein de l'AP-HP, les logiques quantitatives et qualitatives de la GPEC ne sont pas gérées par les mêmes instances au sein de la Direction générale (le « Siège ») : en effet, la Direction du Personnel et des Relations Sociales est en charge du volet quantitatif de la démarche, c'est-à-dire de la mise en place et du développement des outils de suivi et de prévision des effectifs (elle a notamment mis en place le logiciel « Pilote RH », base de données à destination des hôpitaux), tandis que la Direction du Développement des Ressources Humaines, qui chapeaute le Département Prospective Métiers et Nouvelles Organisations, est en charge du volet plus qualitatif de la démarche et notamment de la formation des responsables RH à la logique « métiers » et de l'avancée des travaux sur les compétences clés par métiers. Ce mode d'organisation peut néanmoins conduire à une interrogation sur la nécessité voire l'efficacité d'une dissociation entre la gestion administrative et la gestion des compétences.

Si rares sont les EPS qui ont mis en place une GPEC efficace et pérenne, force est de constater que la mise en place d'une GPEC n'est pas non plus aisée au sein des hôpitaux privés. L'exemple de l'hôpital privé d'Antony<sup>10</sup> démontre que le secteur hospitalier privé met lui aussi en place à l'heure actuelle les outils d'une GRH moderne et dispose sans doute de marges de manœuvre plus grandes que celles des EPS (exemple du renvoi de cadres supérieurs de santé qui n'étaient pas convaincus par cette démarche) mais fait malgré tout encore figure d'exception, notamment en raison des méthodes employées, qui peuvent paraître assez radicales.

## **1.2 Une démarche indispensable au regard des défis que doit relever le secteur hospitalier**

---

<sup>10</sup> Témoignage de Mme Monique Messina, directeur de l'hôpital privé d'Antony, à la journée de formation du 24 avril 2007 organisée par le C2R Santé.

Le contexte hospitalier a connu des évolutions majeures au cours des dernières années, dont l'impact sur la gestion des personnels va être forte, et qui nécessitent dès à présent de mettre en place une GPEC. Ces évolutions tiennent tant aux avancées techniques et réglementaires qu'à un bouleversement « naturel » qui est celui du départ à la retraite de la moitié des fonctionnaires hospitaliers en quinze ans (2000 – 2015).

### **1.2.1 Un monde hospitalier en plein bouleversement**

A) En une décennie, le contexte hospitalier a connu des évolutions majeures dans de nombreux domaines

Le cadre juridique et le contexte hospitalier ont connu des évolutions majeures depuis une décennie. Ainsi, l'accélération du progrès technique a eu des conséquences sur l'organisation du travail. Dans les services techniques et logistiques par exemple, les modes d'organisation ont dû évoluer et les agents ont dû développer leurs compétences pour accompagner le progrès technique ; mais plus généralement, la montée en puissance de l'outil informatique a eu des conséquences décisives en termes d'organisation du travail et d'adaptation des agents à un outil désormais incontournable dans les quatre filières de la FPH, dont l'utilisation va encore croître dans les années à venir. La mise en place généralisée du dossier patient informatisé, par exemple, est l'une des avancées à venir permises par la large utilisation de l'outil informatique.

De même, les recompositions du paysage hospitalier nécessitent et nécessiteront sans doute à l'avenir des transferts voire des non renouvellements des personnels, et donc une plus grande adaptabilité aux compétences requises et aux organisations du travail définies. Ainsi, le rapport du Professeur Vallancien sur l'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux en France<sup>11</sup> prône la fermeture de 113 blocs chirurgicaux qui ne répondraient pas à aux exigences minimales dans ces matières. L'éventualité de la fermeture de blocs chirurgicaux et donc de la réorientation des soins des hôpitaux concernés, principalement vers le secteur gériatrique, doivent être anticipés par ces hôpitaux eux-mêmes, mais aussi par les hôpitaux voisins, dont l'activité sera sans doute amenée à évoluer en conséquence. La mise en place d'une GPEC pour prévenir les difficultés de réorientation, de requalification, et d'adaptation des agents des EPS concernés semble donc indispensable.

---

<sup>11</sup> Remis le 4 avril 2006 au Ministre de la Santé et des Solidarités.

La réduction du temps de travail, mise en place dans les hôpitaux suite au protocole du 27 septembre 2001 sur la RTT pour la FPH, n'a pas encore abouti à des réorganisations profondes du travail. La RTT a été profondément perturbatrice pour les hôpitaux et il n'est pas certain que les DRH aient pleinement anticipé et ensuite réagi à ces perturbations. Ainsi, la question des comptes épargne temps, objet du rapport de Dominique Acker, conseillère générale des établissements de santé<sup>12</sup>, est particulièrement délicate. Il n'en reste pas moins que certains hôpitaux ont « profité » de des 35 heures pour revoir les organisations de travail : passage en 12 heures, mutualisation des gardes, ont été notamment implantés dans certains hôpitaux à cette occasion.

Le renforcement des exigences nationales en termes de gestion des risques (la mise en place de l'indicateur ICALIN par exemple, qui classe les établissements en fonction de leurs mesures de prévention des infections nosocomiales, témoigne de cette exigence de plus en plus poussée de sécurité, largement relayée par les médias et les associations d'usagers), et en termes de qualité (démarche qualité avec la V1 puis la V2 : accréditation des établissements de santé par la Haute Autorité de Santé qui, dans sa deuxième version, dénommée « certification », a commencé en 2005 et devrait aboutir en 2010), de même que le développement du consumérisme et de la judiciarisation sont également des facteurs de changement non négligeables pour les hôpitaux.

Enfin, il est indispensable de souligner le renforcement des contraintes budgétaires et économiques pesant sur les hôpitaux. L'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses ou EPRD, dans le cadre duquel doit être présenté un tableau prévisionnel des effectifs rémunérés, et la Tarification à l'Activité ou T2A, qui conditionne la capacité de financement des hôpitaux au dynamisme de leur activité - ainsi qu'à l'adhésion au codage de ses praticiens... -, ne permettent plus à l'hôpital public de faire l'économie d'une réflexion sur l'efficacité de ses modes d'organisation, sur son avenir et sur la pertinence de ses activités. De même, la concurrence avec les établissements privés, au niveau notamment de la chirurgie (où la prise en charge ambulatoire est beaucoup plus développée à l'heure actuelle que dans les hôpitaux publics) exige de l'hôpital public plus d'efficacité, laquelle passe souvent par le fait d'avoir « la bonne personne au bon poste », d'utiliser à bon escient les compétences existantes, et de développer celles qui doivent l'être. De plus, la T2A impose par sa philosophie même une adaptation des compétences et des métiers de l'hôpital public, ce dont atteste en particulier le développement du contrôle de gestion.

---

<sup>12</sup> Rapport rendu le 17/ 07/ 2007 : « Au 31 décembre 2005, 2,2 millions de journées CET ont été épargnées. Elles représentent un coût de plus de 534 millions d'euros, dont le provisionnement n'est que partiellement assuré aujourd'hui dans les comptes des établissements ».

La validation des acquis de l'expérience ou VAE, le droit individuel à la formation ou DIF, et la reconnaissance des acquis de l'expérience professionnelle ou RAEP, nouvelles avancées du droit des fonctionnaires, vont également représenter à la fois un défi et une opportunité pour l'hôpital public : défi au sens où ces réformes de la formation ne seront sans doute pas aisées à mettre en œuvre, mais également opportunité au sens où, si elles sont bien exploitées, ces mesures permettront de disposer d'agents aux compétences mieux adaptées aux besoins de l'établissement, mieux mises à profit et davantage reconnues.

#### B) Un bouleversement à part : des départs en retraite massifs qui doivent être anticipés dès à présent

L'impact majeur des départs en retraite à venir dans la FPH impose qu'une place à part lui soit faite dans la réflexion sur les bouleversements en cours et à venir de l'hôpital public.

En effet, 55% des agents de la FPH va partir en retraite d'ici 2015, soit 383 106 personnes, le pic se situant en 2012 avec près de 30 000 départs sur un an<sup>13</sup>. La filière technique et ouvrière sera la plus touchée avec le départ de presque 6 agents sur 10, mais, compte tenu de son poids, c'est la filière des services de soins, avec 56% de départs, qui aura l'impact le plus fort. Ceci implique un bouleversement majeur dans l'organisation des hôpitaux. Pour anticiper correctement ces départs massifs, chaque hôpital doit donc d'ores et déjà disposer d'un outil opérationnel lui permettant de savoir de quels métiers il dispose et quels sont ceux qui seront prioritairement touchés par les départs en retraite massifs.

Une gestion anticipée ne peut donc pas se fonder uniquement sur une réflexion statutaire, car les recrutements à prévoir ne doivent pas se faire « à l'aveugle » : en effet, recruter une dizaine d'Agents des Services Hospitaliers ou d'Agents Administratifs est peu significatif si le métier et les compétences exactes de l'agent qui doit être remplacé sont inconnus. Lors du recrutement, les deux dimensions doivent être prises en compte : le point de vue statutaire pour des raisons budgétaires et de perspective statutaire de carrière, et le point de vue métier pour l'adaptation des compétences au poste.

---

<sup>13</sup> Richard Barthes, Sous Direction des professions paramédicales et des personnels hospitaliers, DHOS, Ministère de la Santé, document d'accompagnement à la journée d'information du 27 mai 2005, « Le traitement de l'information et la documentation, atout stratégique pour l'hôpital ».

Tous les bouleversements que connaît et que va connaître l'hôpital public à l'avenir nécessitent par conséquent qu'il se dote des outils et des politiques lui permettant d'anticiper les conséquences de ces bouleversements sur les effectifs et compétences de ses agents. La GPEC est donc la réponse indispensable à cette situation. La mise en place d'une démarche métiers – compétences, en permettant d'avoir une vision plus fine du profil des agents en place et de ceux qu'il conviendra de recruter, paraît donc aujourd'hui incontournable.

La qualité de la réponse des hôpitaux à tous ces défis va donc résider principalement dans leur capacité à renforcer les outils d'analyse et de projection, de simulation RH, d'évaluation des besoins ; à améliorer le développement de carrière des salariés, leur environnement et leurs conditions de travail ; et enfin à renforcer les démarches de gestion anticipée de l'emploi et des compétences.

### **1.2.2 La capacité des établissements publics de santé à pallier les difficultés liées aux bouleversements en cours et à venir grâce à la GPEC reste incertaine**

A) Une GPEC opérationnelle et pérenne peut sans doute beaucoup ...

L'objectif de la GPEC est d'anticiper les besoins à venir en termes de RH et de mettre en œuvre les politiques permettant de s'y adapter, grâce à des outils clairement définis et dont la fiabilité est certaine.

Les exemples d'une GPEC réussie sont malheureusement rares. En effet, c'est un dossier difficile, car long et ardu, qui requiert l'implication d'acteurs importants et divers, souvent davantage sensibles à la gestion du quotidien qu'à l'intérêt de mener une démarche de long terme dont les effets bénéfiques ne seront sans doute sensibles que deux à trois ans minimum après son lancement. De plus, s'il est long à mettre en route et à ancrer dans les esprits, un tel projet peut tomber dans l'oubli et le désintérêt très rapidement.

Pour peu qu'elle soit véritablement pérenne et que ses résultats soient exploités efficacement et avec discernement, les résultats de la mise en place d'une GPEC sont

pourtant extrêmement intéressants pour l'établissement qui l'a mise en place. Elle va par exemple lui permettre de **définir une politique de recrutement anticipée, basée sur des études quantifiables, et de promouvoir des promotions professionnelles qui lui seront utiles, dans la mesure du nécessaire, tout en ayant des éléments chiffrés pour refuser celles qui ne s'accordent pas avec ses grands objectifs**. A titre d'exemple, l'impact de la loi du 4 mars 2002 ou l'apparition des logiciels de dictée vocale pour les secrétaires médicales doit être anticipé : l'établissement doit-il faire évoluer les filières de recrutement, réfléchir à des formations internes, ou à des parcours qualifiants pour mettre l'accent sur des compétences en termes d'accueil et de confidentialité, sur une meilleure utilisation des outils informatiques et notamment de ces logiciels de dictée vocale ? Grâce à une GPEC efficiente, l'établissement pourra être en mesure de relever ce type de défis, c'est-à-dire de faire évoluer en amont les compétences de ses agents, en fonction d'une évolution à venir ou même en cours, pour lui éviter ensuite d'être dans une situation de non concordance entre des compétences réelles et attendues.

#### B) ... Mais la GPEC seule ne pourra pas tout

Pourtant, la GPEC ne peut pas tout toute seule. En effet, le projet d'établissement est central dans toute tentative de bâtir une GRH moderne. La DRH doit d'abord savoir quelles seront les évolutions prévisibles de l'activité de l'établissement avant de prendre les mesures adaptées et de faire les recherches nécessaires sur les agents éventuellement concernés. Dans ce cas, la GPEC aura cependant une dimension plus curative que préventive, laquelle permet une anticipation des évolutions technologiques, organisationnelles, législatives.

La GPEC n'a que peu de marge de manœuvre si l'avenir de l'établissement n'est pas clarifié a minima et ne sera pas non plus suffisante pour répondre seule aux défis qui attendent l'hôpital public.

Une volonté politique et la mise à disposition de crédits suffisants, semblent également nécessaires pour faire évoluer l'hôpital public et lui permettre de s'adapter en permanence. Ainsi, la rémunération attractive de la chirurgie ambulatoire dans le cadre de la T2A a un effet plus sensible que d'éventuels travaux de GPEC qui pourraient s'y rapporter.

La GPEC seule ne pourra donc pas venir « au secours » de l'hôpital public et ce n'est d'ailleurs pas son rôle. Il faut dès lors veiller à ne pas la présenter comme un instrument « miracle », qui permettrait à lui seul de pallier les difficultés actuelles, tout en se gardant toutefois de minimiser ses effets bénéfiques à court, moyen et long termes.

### 1.3 Des réalisations nationales en plein développement

Au plan national, la création de l'ONEMFPH en 2002, instance qui a piloté le projet de création du répertoire des métiers de la FPH, a été une avancée majeure dans le domaine de la GPEC appliquée au secteur hospitalier. D'autres outils à destination des hôpitaux ont depuis été publiés, et des avancées sur le plan national sont encore à attendre dans les années à venir.

#### 1.3.1 Des réalisations nationales indispensables à une mise en place généralisée de la GPEC

A) Le répertoire des métiers de la FPH : outil indispensable quoique perfectible

Le répertoire des métiers de la FPH s'inscrit dans le cadre du programme de travail de l'ONEMFPH, dont il est sans doute la réalisation majeure à ce jour. Ce **répertoire répond en effet à des attentes multiples** : évolution des métiers depuis 15 ans, avec l'émergence de certains, la disparition d'autres et la transformation de beaucoup ; attente des établissements concernant le recensement homogénéisé des métiers pouvant exister à l'hôpital ; attente des salariés pour la construction de parcours individualisés.

Le répertoire des métiers de la FPH est un document que l'on peut présenter sous deux aspects : son architecture, la nomenclature, et les 183 fiches métiers qui le composent. La nomenclature correspond à une « identification et un classement des métiers dans une arborescence »<sup>14</sup>, avec une organisation en quatre niveaux, permettant de classer les

<sup>14</sup> Richard Barthes, Sous Direction des professions paramédicales et des personnels hospitaliers, DHOS, Ministère de la Santé, document d'accompagnement à la journée d'information du 27 mai 2005, « Le traitement de l'information et la documentation, atout stratégique pour l'hôpital ».

métiers par proximité de compétences. Les 4 niveaux sont composés des : 5 domaines fonctionnels (qui correspondent peu ou prou aux quatre filières de la FPH : administrative ; technique et ouvrière ; soignante et socio-éducative) ; 22 familles professionnelles ; 64 sous – familles et enfin des 183 métiers, pour chacun desquels il existe une fiche métier.

Ce répertoire est utile tant à la gestion collective des RH (qualifier et quantifier les besoins en effectifs par métier, repérer des besoins de formation transverses), qu'à la gestion individuelle des RH (formaliser des projets professionnels individualisés, recruter en fonction de profils de postes prédéfinis, définir des aires et des parcours de mobilité, voire de reconversion, grâce aux fiches métiers qui définissent des passerelles, courtes ou longues, pour l'accès à d'autres métiers).

Le répertoire des métiers et surtout la liste des métiers de l'établissement, avec les **fiches métier** correspondantes, **pourront donc être utilisés dans les différents volets de la GRH** :

- procédures de recrutement
- entretiens d'évaluation
- système d'évaluation des besoins en formation.

C'est donc là un outil indispensable de la mise en place d'une démarche métiers – compétences qui est aujourd'hui à disposition de l'ensemble des établissements : hôpitaux, maisons de retraite, établissements sociaux et médico-sociaux, soumis au statut de la FPH. Malgré tout, ce répertoire reste perfectible et sera donc adapté lors de sa prochaine version, qui devrait être diffusée au cours de l'année 2008.

B) Le recensement des facteurs d'évolution des ressources humaines à moyen et long termes : un tableau clair et synthétique des changements à venir

En mars 2007 a été publié un nouvel outil élaboré par l'ONEMFPH, dénommé « Facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social ». <sup>15</sup>

Ces **évolutions sont au nombre de dix** : évolution démographique ; évolution de la demande des usagers ; de l'organisation de l'offre de soins ; des pratiques de soins ; des technologies médicales, de l'innovation et de la recherche ; évolution économique ; évolution de l'organisation interne et du management ; évolution des systèmes d'information et de gestion de flux ; des politiques de qualité et de gestion des risques ; et enfin évolution du système de formation professionnelle initiale et continue.

Cet outil recense dans un seul document de moins de 200 pages toutes les évolutions qui auront un impact sur les RH dans les établissements publics du secteur sanitaire, social et médico-social et présente de façon détaillée les formes que prendront ces différentes évolutions. Il sera utile aux établissements pour élaborer un panorama des évolutions possibles des compétences requises, des domaines à développer, et des organisations à faire évoluer.

En revanche, on peut constater que la nécessaire communication au sujet de tels outils à disposition des directeurs d'hôpital et en particulier des directeurs des ressources humaines est souvent insuffisante.

C) L'étude prospective des métiers de la FPH demain : pour s'adapter aux métiers émergents et anticiper leur développement

Enfin, une « Etude prospective des métiers de la fonction publique hospitalière demain » est en cours de finalisation.

La première partie de ce document de moins de 300 pages recense les enjeux communs aux 10 métiers sensibles étudiés, c'est-à-dire les grandes mutations de la FPH à

---

<sup>15</sup> Site internet du ministère de la Santé : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr).

accompagner, une nouvelle manière de travailler dans la FPH et enfin des nouvelles pratiques de GRH dans la FPH.

Dans un second temps, ce document présente en détail les caractéristiques actuelles du groupe métier en question, les facteurs d'évolution de ce métier, les caractéristiques du métier en prospective horizon 2015 et enfin les enjeux et pistes d'action pour accompagner l'évolution du métier. Les dix métiers répertoriés comme sensibles et présentés dans cette étude prospective sont les suivants : aide - soignant, aide médico – psychologique et auxiliaire de puériculture, le « groupe infirmier », manipulateur en électroradiologie, cadre d'unité et cadre de santé de pôle, cadre administratif de pôle, secrétaire médicale, technicien d'information médicale, acheteur, contrôleur de gestion et enfin responsable de système d'information.

C'est donc là l'outil le plus récent créé par l'ONEMFPH à destination des établissements de santé, et en particulier des directeurs des ressources humaines qui pourront se référer à chacune des dix monographies métier et disposer ainsi d'une analyse des évolutions à en attendre.

### **1.3.2 Que faut-il attendre de la démarche nationale au cours des prochaines années ?**

#### A) La mise à jour du répertoire des métiers

En dépit de toutes ces avancées et de leur caractère grandement utile voire indispensable pour les directions des établissements de santé, le répertoire des métiers, en particulier, reste perfectible.

En effet, **certains établissements ont répertorié des métiers non recensés dans le répertoire actuel**. Ce manque, s'il se comprend aisément en raison de la très grande diversité des métiers du monde hospitalier, pose des difficultés pour le recensement au niveau de l'établissement, mais pourrait également nuire au caractère durablement homogène de la nomenclature et du répertoire tels qu'ils existent actuellement. En effet, certaines grandes structures ont d'ores et déjà apporté des aménagements au répertoire, par le rajout de métiers, au-delà des 183 fiches existantes. Ainsi, le métier d'aide de laboratoire, considéré comme en voie d'extinction et donc non recensé dans le répertoire,

est encore exercé sur le terrain par de nombreux agents dans certains établissements d'où la tentation d'aménager le répertoire.

Cependant, il faut relativiser le risque d'un aménagement du répertoire, puisqu'une nouvelle mouture de la référence nationale devrait être publiée au cours de l'année 2008 et comprendre certaines modifications, et en particulier le rajout de certaines fiches métier. L'AP-HP, notamment, travaille actuellement en coordination avec l'ONEMFPH pour la mise à jour ce répertoire national, en vue de le rendre encore plus proche de la réalité hospitalière.

#### B) Quelle prise en compte des faisant fonction ?

La **prise en compte des faisant fonction (FF)** lors du recensement des métiers dans chaque établissement n'est pas chose aisée. En effet, un **grand nombre de métiers de la FPH sont réglementés**, c'est-à-dire que l'accès à ce métier est conditionné par l'obtention d'un diplôme d'Etat, comme c'est le cas pour les aides – soignants (AS) les infirmiers (IDE) ou encore les animateurs. Les fiches métier présentent ces diplômes dans la catégorie des « pré requis indispensables pour l'exercer ». Dès lors, les établissements ne sont bien entendu pas autorisés à faire apparaître comme exerçant ces métiers des personnes qui n'en possèderaient pas le diplôme.

Il faut cependant distinguer le cas de FF de cadre de santé, qui est assez courant dans les EPS. En effet, le diplôme de cadre de santé n'est pas un diplôme d'Etat et les personnes placées sur un poste de cadre de santé doivent de toute façon être titulaires d'un diplôme professionnel paramédical permettant d'exercer dans l'une des professions paramédicales (IDE, kinésithérapeute, manipulateur en radiologie, etc.). Le Ministère de la Santé considère donc que le rôle de FF correspond à une étape dans l'évolution professionnelle de l'agent paramédical en question, et que les FF de cadre de santé doivent être répertoriés sur le métier de cadre de santé.

Au niveau de l'établissement, il n'est pas toujours aisé d'expliquer et de faire accepter ces distinctions, et la **reconnaissance du métier de chaque agent**, qui est l'un des objectifs d'une démarche de GPEC, **n'est dès lors pas toujours aisée.**

Au-delà du recensement des métiers dans chaque établissement, la question se pose de savoir si la remontée des informations sur le nombre de FF et leur positionnement sur

certaines métiers « sensibles » seront pris en compte par le Ministère de la Santé, et dans quelle mesure. Par exemple, la question demeure ouverte de savoir si, face à un grand nombre de FF sur un métier (par exemple celui de secrétaire médicale, qui est exercé dans certains hôpitaux de taille modeste en grande partie par des agents administratifs), de nouvelles voies d'accès à ces métiers seraient ouvertes. Il est bien sûr trop tôt pour répondre à cette question, le recensement des métiers dans la plupart des hôpitaux n'ayant pas encore eu lieu, et n'ayant dès lors pas pu être examiné au niveau national. Pourtant, il s'agirait peut-être là d'une réflexion intéressante à mener.

D'autres études et avancées verront certainement le jour au cours des prochaines années, dès lors que la GPEC, et notamment son aspect « métiers », semble dorénavant être une priorité au niveau national pour la GRH à l'hôpital. On peut citer pour exemple le travail sur les compétences, qui pourrait être développé, pour faciliter le travail sur le volet qualitatif de la GPEC au niveau des établissements.

Au total, la GPEC a connu récemment des avancées importantes au niveau national : répertoire des métiers, recensement des facteurs d'évolution des RH à attendre et études approfondies concernant l'évolution de certains métiers sensibles sont autant d'outils à disposition des établissements de santé, qui ne peuvent plus se passer d'une GPEC. Les bouleversements du cadre réglementaire d'ores et déjà intervenus comme les bouleversements « naturels » (départ de 55% des agents de la FPH à la retraite d'ici 2015) à venir rendent plus que jamais indispensable un tel outil, qui seul pourra permettre aux DRH de dépasser la gestion administrative et de s'atteler à une véritable GRH.

Malgré tout, la GPEC reste une démarche longue, difficile et incertaine, source de frustrations et d'échecs multiples. Les risques d'échecs, les contraintes et les difficultés, ne doivent pas faire oublier aux établissements que le plus grand risque réside non dans la difficile mise en place d'une GPEC mais bien dans l'absence de cet instrument, qui contraint actuellement bon nombre d'établissements à « naviguer à vue », et les mettront en difficulté sous peu.

Prenant acte de ce risque majeur, le Centre Hospitalier de Coulommiers s'est résolument engagé dans une démarche de GPEC, également intitulée « démarche métiers – compétences » en référence aux travaux récents de l'ARHIF. C'est cette démarche particulière qu'il convient à présent de présenter, avec ses réalisations, ses difficultés et enfin les améliorations à y apporter pour les années à venir.

## **2 La mise en place d'une démarche métiers – compétences au Centre Hospitalier de Coulommiers : méthode de travail et réalisations**

### **2.1 Le choix d'une démarche progressive, soutenue par un plan d'action et de communication**

Le choix de la mise en place d'une GPEC s'est imposé à Coulommiers lors de l'arrivée d'un nouveau directeur des ressources humaines, en avril 2007. Prenant acte de la faiblesse des moyens de suivi des effectifs et des compétences des agents, le directeur, à son arrivée en poste, a chargé l'élève – directeur, dont l'arrivée au CHC fut concomitante, de la mise en place de la GPEC. Cette mise en place avait déjà été prévue et inscrite au COM précédent mais les réalisations se faisaient attendre, en raison notamment d'un turn-over de personnels - et particulièrement de directeurs - important dans ce service, dont les outils restaient peu nombreux et peu adaptés à une GRH moderne. Dans ce contexte, l'état des lieux des outils existants et des projets en cours dans l'établissement ayant des répercussions en termes de RH, a précédé le choix de la méthode de mise en place de la GPEC au CHC, dont l'intitulé est finalement devenu « démarche métiers – compétences », en raison de la volonté de mettre en exergue les notions de métier et de compétences, qui devront être développées progressivement.

#### **2.1.1 L'état des lieux, préalable à toute action**

A) Bilan des outils et indicateurs actuels : la pauvreté de l'existant

Les outils de la DRH du CHC en termes de GPEC étaient peu nombreux et peu efficaces. Ce sont essentiellement des fiches et surtout des profils de poste qui avaient été réalisés jusqu'à présent. En revanche, la notion de « métier » n'était pas prise en compte et il n'existait pas de répertoire des métiers interne à l'établissement. Il était dès lors impossible pour le directeur des RH de connaître le nombre de brancardiers ou de

secrétaires médicales par exemple, présents dans l'établissement, car seul le grade des agents était recensé.

D'autres indicateurs utiles étaient en revanche réalisés, mais pas toujours de manière efficace, c'est-à-dire que nombre d'entre eux étaient d'abord réalisés de manière manuelle avant d'être repris par un agent qui faisait la synthèse de tous les travaux réalisés par ses collègues de la DRH. - Il est à noter que chacun des gestionnaires de la DRH est responsable d'un ou de plusieurs pôles. - L'organisation initiale entraînait donc un double travail, chronophage et dommageable en termes de fiabilité des éléments fournis, entre les gestionnaires et l'agent de la DRH effectuant la synthèse (agent administratif de la paie).

Ensuite, un des outils de suivi des effectifs indispensable à la DRH, le tableau des entrées et sorties, n'était pas réalisé. Il en résultait une grande difficulté dans ce suivi, d'autant plus qu'une mobilité interne et externe importante des personnels caractérise l'établissement, d'où une complexité réelle du suivi budgétaire des effectifs.

La pauvreté de l'existant rendait la mise en place d'une démarche métiers – compétences d'autant plus nécessaire et urgente, mais avant de déterminer les outils à mettre en place et de lancer des groupes de travail sur le recensement des métiers, il est apparu nécessaire au groupe pilote de faire le point sur tous les projets en cours au CHC et sur leurs implications en termes de GPEC, c'est-à-dire en termes d'effectifs et de compétences.

B) Le recensement initial de tous les projets en cours et à venir au CHC, et de leurs implications prévisionnelles en termes de RH a constitué la première pierre de la démarche métiers – compétences

Compte tenu de la faiblesse des outils de la DRH, il apparaissait nécessaire de faire le point sur les grands dossiers en cours au CHC et sur leurs implications en termes de RH, et donc en termes de GPEC, de manière relativement « artisanale ». Il convient ici de mentionner l'absence d'un projet d'établissement formalisé au CHC.

Il s'agissait dès lors pour l'EDH de rencontrer successivement la quasi-totalité des cadres de santé de l'établissement et de leur soumettre des questions suivant une grille déterminée :

1. Quels sont les grands projets en cours et/ ou envisagés dans le cadre de votre service et/ ou pôle ?
2. La réalisation de ce projet est-elle certaine ? Si non, pourquoi ? De quoi dépend-elle ?
3. Dans combien de temps ce projet doit-il démarrer et s'achever ? De quels facteurs dépend l'horizon/ le délai de réalisation de ce projet ?
4. Quel est l'effectif de votre service et/ ou pôle à l'heure actuelle ?
5. Quels seront, à votre avis, les besoins humains supplémentaires ou rendus inutiles par la réalisation de ce projet ?
6. Disposez-vous d'une pyramide des âges interne à votre service et/ ou pôle ?
7. Pouvez-vous faire le point des départs en retraite à venir à l'horizon de 5 à 10 ans ?
8. Avez-vous réalisé une évaluation des compétences à développer dans les années à venir dans votre service et/ ou pôle ?
9. Avez-vous d'autres remarques, commentaires, suggestions à faire concernant l'organisation actuelle et à venir de votre service en termes de ressources humaines ?

Le recueil des réponses à ces différentes questions a donné lieu à un document d'une quarantaine de pages, réalisé par l'EDH et remis au directeur des ressources humaines un mois après son arrivée dans l'établissement, et, avec son accord, au directeur général, sponsor de la démarche métiers - compétences. Un tableau récapitulatif de tous les projets en cours ou envisagés au CHC, de leur horizon probable de réalisation et de leur probabilité de réalisation, a été joint à ce document de recensement<sup>16</sup>.

Ce travail de recensement, premier dans la démarche de mise en place de la GPEC, a permis au directeur des ressources humaines et au directeur général de disposer d'un document présentant à grands traits les évolutions susceptibles de se faire jour, ainsi que les besoins humains supplémentaires ou rendus inutiles (exemple : fermeture de la blanchisserie à l'horizon 2011, avec sans doute une dizaine d'agents titulaires que la DRH sera chargée de transférer dans d'autres services).

Ce travail a directement précédé la mise en œuvre de la démarche métiers – compétences et a permis d'emblée d'en cerner les objectifs attendus.

---

<sup>16</sup> Modèle en **annexe 1**.

### **2.1.2 Un choix pragmatique : le « pas à pas » comme méthode de mise en œuvre de la démarche métiers – compétences, allié à la mise en exergue d'objectifs clairs**

A) Le choix des objectifs et de la démarche à suivre pour les atteindre a ensuite été fait avec l'aide des outils régionaux en la matière

Il est nécessaire de souligner dès à présent le **rôle fondamental** qu'a joué l'**Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France** ou ARHIF dans la mise en place de la démarche métiers – compétences au CHC. En effet, le directeur des RH, le DS et l'EDH se sont rendus, trois semaines après l'accord sur la mise en place de la GPEC - accord conclu lors de l'arrivée du directeur des RH et de l'EDH - à la **journée de formation** de l'ARHIF du 24 avril 2007. Cette journée de formation, au cours de laquelle de nombreux intervenants ont exposé les réalisations et difficultés rencontrées dans le cadre de la mise en œuvre d'une démarche « métiers – compétences » dans leur établissement, a été d'une grande aide notamment pour le chef de projet, EDH, qui a également utilisé comme base les outils de l'ARHIF, disponibles sur le site internet du centre régional de ressources<sup>17</sup>, pour créer les outils propres à la mise en place de cette démarche au CHC.

Sur la base des préconisations de l'ARHIF et de la pure logique, la priorité dans la démarche métiers – compétences mise en œuvre au CHC a été l'**identification des métiers présents dans l'établissement**. Le tableau représenté en pages suivantes, inspiré directement des outils du centre régional de ressources de l'ARHIF, présente les **étapes de la mise en place de la démarche métiers – compétences au CHC** : la GPEC, ou démarche métiers- compétences, se présente donc sous ses **aspects de gestion actuelle et prévisionnelle**, prenant pour objet d'étude les **effectifs** et les **compétences**. L'échéancier prévisionnel de ces quatre étapes : gestion actuelle des effectifs puis des compétences, gestion prévisionnelle des effectifs puis des compétences est consultable en annexe 2.

En revanche, il apparaît nécessaire de rappeler dès à présent que les groupes de travail sur les volets 1 et 3 : gestion actuelle et prévisionnelle des effectifs, ont en réalité été mis en place concomitamment au CHC. La composition de ces groupes de travail sera schématisée dans l'organigramme hiérarchique représenté ci-après.

---

<sup>17</sup> <http://www.c2rsante.fr>.

<b>Gestion :</b>	<b>des Effectifs</b>	<b>et des Compétences</b>
Actuelle	<p><u>Volet 1 : Gestion actuelle des effectifs</u></p> <p><u>Outils :</u></p> <p>Le Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière, et la Nomenclature du Répertoire : documents nationaux ;</p> <p>Le guide d'aide au classement des effectifs par métier dans la nomenclature : document national retravaillé ;</p> <p>La fiche de recensement des métiers par pôle : document réalisé en interne, sur la base du modèle fourni par le C2R Santé (<b>annexe 1</b>).</p> <p><u>Objectif :</u></p> <p>Réalisation d'un fichier rattachant chaque employé non médical de l'établissement au Répertoire national des métiers de la FPH, pour constituer un répertoire interne des métiers par pôle.</p>	<p><u>Volet 2 : Gestion actuelle des compétences</u></p> <p><u>Outils :</u></p> <p>Le répertoire des métiers de la FPH : document national ;</p> <p>Les fiches et profils de poste de l'établissement : documents internes.</p> <p><u>Objectifs :</u></p> <p>Réalisation d'un référentiel de compétences par métier intégré au support annuel d'évaluation (à construire) : objectif particulièrement ambitieux.</p> <p>Une échelle de niveau de maîtrise permettant d'évaluer la compétence d'un salarié ;</p> <p>Le tableau de bord des niveaux de compétences des équipes.</p>

<p>Prévisionnelle</p>	<p><u>Volet 3 : Gestion prévisionnelle des effectifs</u></p> <p><u>Outils :</u></p> <p>Tableau de bord absentéisme (<b>annexe 4</b>);  Pyramide des âges par pôle : document interne construit, à suivre (<b>annexe 5</b>) ;  Tableau entrées/ sorties bâti en interne, et dont doit être extrait à terme un tableau prévisionnel des flux entrant et sortant (<b>annexe 6</b>);  Tableau des mutations internes (<b>annexe 7</b>) ;</p> <p><u>Objectif :</u></p> <p>Evaluer de manière prévisionnelle les flux entrant et sortant des agents du CHC.</p>	<p><u>Volet 4 : Gestion prévisionnelle des compétences</u></p> <p><u>Outils :</u></p> <p>Rapport de la DHOS sur l'évolution des métiers de la santé ;  Les fiches des métiers émergents de l'ARHIF ;  Le projet d'établissement. : non réalisé au CHC.</p> <p><u>Objectif :</u></p> <p>Liste des métiers de l'établissement en cours de changement : métiers en déclin/ émergents ; métiers en évolution (indication de l'échéance) ;  Pour les métiers stratégiques, identification des mesures RH à mettre en œuvre.</p>
-----------------------	---	--

Quatre étapes ou volets sont donc à distinguer dans la mise en place de la démarche métiers – compétences au CHC : les volets intitulés « gestion actuelle des effectifs » et « gestion prévisionnelle des effectifs » ont été lancés de concert pour plus d'efficacité. Cependant, le premier volet, s'attachant à la gestion actuelle des effectifs, et donc au recensement de tous les métiers présents au CHC, a été défini comme prioritaire. En effet, les indicateurs nécessaires à une gestion prévisionnelle des effectifs seront adaptés

dans un deuxième temps à la notion de métiers, pour permettre notamment la consultation de ces différents outils sous le prisme du métier (pyramide des âges par métiers, par exemple).

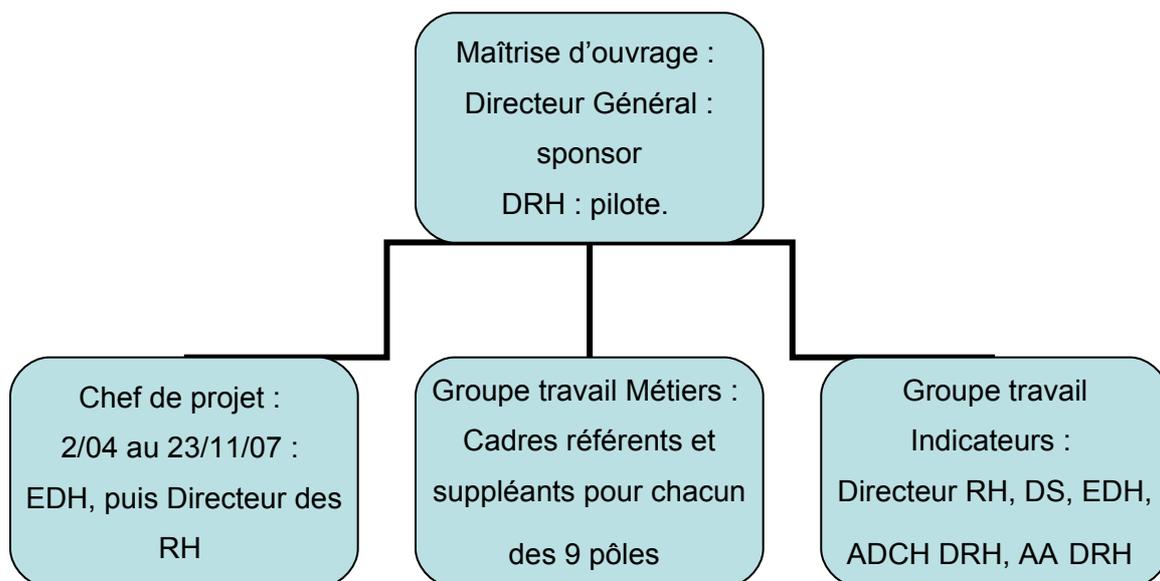
La gestion actuelle des effectifs précède donc logiquement sa gestion prévisionnelle, quand bien même le groupe de travail sur la gestion prévisionnelle a commencé à réfléchir aux indicateurs nécessaires de manière parallèle au recensement des métiers.

B) La détermination des acteurs concernés est allée de pair avec le choix de la démarche

La détermination des maîtres d'ouvrage et d'œuvre de la démarche métiers – compétences a été rapidement effectuée. La maîtrise d'ouvrage appartient en effet au directeur général du CHC, « sponsor » du projet (c'est-à-dire qu'il le soutient mais sans prendre nécessairement part aux groupes de travail) et au directeur des ressources humaines, pilote du projet. La maîtrise d'œuvre appartient quant à elle au chef de projet, EDH, présent dans l'établissement de manière temporaire, du 2 avril au 23 novembre 2007. Une partie du rôle de chef de projet sera sans doute, après le départ de l'EDH, confié par le directeur des RH à l'attaché d'administration hospitalière de la DRH, lors de son retour dans l'établissement.

Sous le pilotage de la maîtrise d'ouvrage et d'œuvre, deux groupes ont donc travaillé de manière parallèle : le premier groupe de travail a recensé les métiers présents au CHC tandis que le deuxième s'est concentré sur la définition et la mise en œuvre des tableaux de bord nécessaires à une véritable GPEC.

La composition de ces groupes de travail est la suivante : des cadres référents et des référents suppléants se sont désignés pour chacun des 9 pôles de l'établissement, avec pour objectif de recenser les métiers de tous les agents de leurs pôles. Le deuxième groupe de travail est composé du directeur des RH, du directeur des soins ou DS, du chef de projet, et d'un adjoint des cadres hospitaliers ainsi que d'un agent administratif de la DRH. La composition de ces groupes de travail est synthétisée dans l'organigramme hiérarchique ci-dessous, mais il sera nécessaire de revenir ultérieurement sur leurs modes de travail et réalisations respectives :



Au - delà de ces groupes de travail, la Direction des Ressources Humaines ou DRH est bien entendu concernée au premier chef par la démarche. Les gestionnaires de la DRH ont par conséquent participé à la création et au suivi des tableaux de bord GPEC. Une présentation du projet, de ses objectifs et des outils nécessaires à leur atteinte, leur a par conséquent été faite en réunion de service par le chef de projet.

Les pilotes du projet n'ont sans doute pas sous-estimé le rôle des services informatiques. En effet, si les gestionnaires de la DRH et le groupe travaillant sur les tableaux de bord de suivi des effectifs à la DRH ont pu eux-mêmes construire ces indicateurs, la coordination entre chacun de ces outils et avec les outils dont dispose l'établissement, en l'occurrence CPage et BO (Business Objects), est indispensable et requiert l'expertise de services spécialisés.

C'est pourquoi les services informatiques, représentés par leur chef de service, ingénieur en informatique, ont été rapidement conviés à une réunion sur la faisabilité des connexions entre les tableaux de bord envisagés.

En somme, la détermination des acteurs concernés par la démarche n'a pas posé de difficulté particulière, chacun s'accordant globalement sur l'urgente nécessité de mettre en place les outils d'une GRH moderne et efficace au CHC.

C) La rédaction d'un plan d'action et de communication a été un point décisif dans la mise en œuvre de la démarche

La communication est un point capital du succès de la démarche de GPEC. En effet, la tentation est grande pour les acteurs, tant au niveau des services de soins qu'au niveau de la DRH, de considérer la GPEC comme une « usine à gaz », une démarche de plus, coûteuse en temps et en énergie, mais dont l'impact sera finalement réduit. Force est donc de constater qu'une bonne information quant à cette démarche, à ses différentes étapes, aux objectifs qui en sont attendus et aux moyens d'y parvenir, détermine en partie sa réussite.

Un plan d'action et de communication a été rédigé à cet effet par le chef de projet et présenté aux maîtres d'ouvrage (directeur des ressources humaines et directeur général, de même qu'au DS et aux membres du groupe de travail sur la définition et le suivi des tableaux de bord : volet prévisionnel de la gestion des effectifs et au directeur des services informatiques). Le volet communication de ce plan poursuivait l'objectif de vaincre les réticences et les scepticismes et de convaincre les acteurs de la démarche et tous les personnels concernés de son caractère indispensable. En outre, ce plan préconisait que le travail de chacun dans le cadre de cette démarche soit valorisé, aspect d'autant plus important qu'il s'agit d'un projet pluriannuel et que la démotivation des uns et le découragement des autres est un écueil à éviter à tout prix, sous peine d'un enlisement du projet.

La communication aux instances concernées de l'établissement : Conseil Exécutif, Comité Technique d'Etablissement, Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail, réunion de tous les cadres (paramédicaux et administratifs) de l'établissement et réunion de service de la DRH, à l'aide d'un support pédagogique, avait pour but de préparer les acteurs concernés à jouer pleinement leur rôle dans la démarche. Il faut néanmoins souligner qu'un grand nombre de ces acteurs, notamment les personnels paramédicaux, était déjà largement sensibilisé à la démarche.

La communication avec les partenaires sociaux s'est faite et se fera par le biais du Comité Technique d'Etablissement essentiellement, qu'il est prévu d'informer régulièrement sur l'avancement de la démarche et auquel la démarche dans son ensemble a été présentée avant son lancement.

Le choix a été fait au CHC d'une implication relativement réduite des partenaires sociaux, du moins dans l'aspect quantitatif de la démarche métiers – compétences. Ils seront bien

entendu régulièrement informés, en CTE, de son avancée mais ne seront pas associés en tant que tels dans les groupes de travail sur le recensement des métiers et la création des tableaux de bord. En revanche, il convient de souligner que la démarche GPEC fait partie du projet social et que les partenaires sociaux seront consultés dans ce cadre. De plus, ils pourront être associés de manière plus étroite au travail de définition des compétences attendues des agents, qui sera réalisé par la suite.

Pour associer davantage les agents à la démarche et obtenir leur implication, plusieurs axes ont été envisagés, notamment la mise en place d'un plan de formation par métier, avec la mise en exergue des aires de mobilité par métier; l'inscription du métier sur la fiche de paie et sur le profil de poste; ou encore la publication de pyramides des âges par métier. Il s'agit toujours là de traduire la démarche métier dans une approche au quotidien, permettant de la mettre en valeur mais également de faire en sorte qu'elle ne s'essouffle pas.

Ces possibilités n'ont pas toutes été adoptées par le CHC : l'inscription du métier sur la fiche de paie en particulier nous semblait devoir amener plus de difficultés que d'avancées, et semblait socialement délicate notamment en ce qui concerne les FF.

Il n'en reste pas moins que le plan d'action et de communication, en formalisant les choix effectués, a semble-t-il contribué à la mise en place efficiente de la démarche, de même qu'à la prise de conscience du caractère crucial de la communication.

D) La mise en exergue de l'utilité de la démarche métiers – compétences auprès de tous ses acteurs, a découlé de ce plan

L'utilité de la démarche au sein de l'établissement a été mise en exergue lors des multiples présentations de la démarche, aux instances concernées de l'établissement.

Les volets quantitatifs de la démarche (volets dénommés 1 et 3, les volets 2 et 4 s'attachant aux compétences et donc à l'aspect plus qualitatif de la démarche) ont été mis en exergue car ils représentaient la priorité pour le CHC.

L'utilité de la gestion, actuelle et prévisionnelle, des effectifs, est protéiforme : disposer d'un document recensant tous les métiers présents au sein de chaque pôle, disposer de tableaux de bord et d'indicateurs à disposition de la DRH (et dans un deuxième temps

des pôles, après une adaptation par la DRH des renseignements donnés, dont certains sont strictement confidentiels) permettant un véritable suivi des effectifs, des mutations internes et externes, des départs en retraite, de l'absentéisme.

Enfin, la justification de la mise en place de la démarche a été faite sous l'angle national et local :

- Au niveau national :

- L'éventualité d'un choix national en faveur du dégagement de fonds pour l'évolution de certains statuts a été évoquée. Ce choix pourrait découler de la prise en compte de l'existant : importance des faisant fonction, difficultés de recrutement de certains métiers, etc. Des formations ou une modification de la réglementation pour l'accès à certaines fonctions seront peut-être envisagés au point de vue national si la remontée des informations se fait de manière rigoureuse à l'échelon national.
- La possibilité pour les tutelles de disposer d'un référentiel commun à tous les établissements retraçant les métiers et les compétences dans le cadre d'une démarche commune, a également été évoquée.

- Au niveau de l'établissement :

- La possibilité de connaître les métiers présents et les compétences/ ressources (parfois inexploitées ou mal exploitées) disponibles au niveau du CHC a été particulièrement mise en exergue et a marqué les esprits. Les cadres paramédicaux notamment ont été particulièrement sensibles à cet argument.
- L'opportunité d'une valorisation du travail fait par les agents sur le terrain, qui ne correspond pas toujours au statut (corps, grade), a également fait l'objet d'une mise en valeur importante et de rappels réguliers. C'est sans doute celui qui a le plus marqué les esprits. Pourtant, la reconnaissance de compétences expertes, acquises dans le cadre de diplômes universitaires notamment, ne peut souvent être que symbolique, cf. référent douleur.
- Le développement d'outils internes de gestion du personnel a également été évoqué, de même que l'objectif d'avoir « la bonne personne au bon poste » et d'anticiper les départs à la retraite massifs à venir par des projets professionnels et des recrutements adaptés.

Ces arguments ont été présentés lors des multiples présentations de la démarche effectuées en interne, auprès des instances concernées de l'établissement.

### **2.1.3 Certains éléments ont été particulièrement utiles à l'avancée de la démarche**

A) L'échéancier prévisionnel a permis l'avancement régulier du projet et la projection dans le temps de ses acteurs

Les grandes phases du projet et l'échéancier prévisionnel de réalisation des 4 volets de la démarche, présenté en annexe 2, ont été décrites et ont fait partie intégrante du plan d'action et de communication.

Cet échéancier prévisionnel, allié à la description des 4 volets de la démarche et de leurs objectifs respectifs, a permis une certaine « visibilité » du projet, indispensable dans le cadre d'une démarche longue et dont la réussite n'est pas évidente, au vu notamment des expériences d'autres établissements en la matière.

Grâce à ces objectifs concrets et à des échéances relativement courtes, les acteurs de la démarche ont pris rapidement la mesure de l'importance du projet et de leur implication forte dans sa réussite.

B) Des acteurs motivés à tous les échelons

Les acteurs de la démarche métiers – compétences au CHC ont en effet été en règle générale très efficaces dans les tâches qui leur avaient été confiées et motivés par le sentiment de participer à un projet ambitieux et indispensable au dépassement d'une gestion purement administrative des RH. Cette remarque s'applique tout particulièrement au corps paramédical, qui a d'emblée saisi l'importance de disposer d'un répertoire des métiers interne au CHC, et non plus seulement du grade de chaque agent, souvent déconnecté de son travail quotidien.

Le directeur général a également soutenu cette démarche, notamment en tant que sponsor. Il s'est en effet rendu avec le pilote, le directeur des soins et le chef de projet à une formation inter-établissements sur la GPEC, complémentaire de la première formation qu'avaient reçu ces derniers lors de la journée du 24 avril 2007 à Paris, et a été rapidement convaincu de la nécessité de mettre en place une telle démarche au CHC.

La notion de « formation » du groupe de pilotage de la démarche métiers – compétences acquiert par conséquent le double sens de « formation » d'un groupe de travail autour d'un objectif commun, et de « formation », en tant qu'acquisition et augmentation des connaissances dans un domaine donné, à savoir celui de la GPEC, grâce à des outils régionaux dont le groupe a su tirer profit.

Le DS a également travaillé sur ce dossier en étroite coopération avec le directeur des RH et le chef de projet. Les cadres paramédicaux, qui disposaient à son initiative depuis plusieurs années déjà du répertoire des métiers, sous format informatique, ont d'emblée été favorables au projet dans leur grande majorité et volontaires pour l'impulser, comme l'a attestée la rapide formation du groupe de travail sur le recensement des métiers. Le recensement lui-même, s'il a eu lieu en grande partie pendant les congés scolaires, a d'ailleurs été efficace.

Au total, les facteurs clés de réussite de la démarche ont été respectés autant que possible et recensés dans le plan d'action : soutien du directeur général, utilité à l'établissement soulignée et démontrée, respect du dialogue social par la communication régulière (prévue) aux instances et l'inscription dans le cadre du projet social, large communication, rédaction d'un plan d'action et de communication.

Les deux points qui posent cependant question aujourd'hui sont la rédaction et la formalisation d'un projet d'établissement ainsi que l'adaptation des outils informatiques, qui sera sans doute l'un des grands défis de la démarche, d'autant plus qu'elle est essentielle à sa réussite.

## **2.2 Les réalisations**

La démarche métiers – compétences est à l'heure actuelle en cours de réalisation et de progression au CHC et ses 4 volets n'ont pas encore été entièrement mis en œuvre. Il s'agit donc dans ce mémoire de faire le point sur les réalisations d'ores et déjà finalisées ou en voie de l'être. En particulier, les groupes de travail sur le recensement des métiers et sur la construction des indicateurs de GPEC ont réalisé des avancées intéressantes sur lesquelles il convient à présent de se pencher.

## 2.2.1 La gestion actuelle des effectifs : recensement des métiers de chacun des 9 pôles et mise à disposition de l'outil créé

A) La démarche : volontariat et autonomie des cadres, alliés à des objectifs clairs et à une échéance limitée

Ce répertoire interne a été réalisé par le groupe de travail, constitué des cadres référents de pôle et de leurs suppléants, qui ont mené ce travail en étroite coopération avec les autres cadres du pôle et les agents concernés. En effet, les agents ont été interrogés en particulier en cas de difficulté de rattachement à l'une des 183 fiches métiers.

Lors de la présentation de la démarche GPEC en réunion de cadres, la désignation d'un **cadre référent par pôle** avait été préconisée. Le mode de désignation de ce groupe de travail a été l'auto-désignation sur la base du **volontariat**, avec un délai d'une semaine et demie à partir de la réunion de cadres pour le dépôt des candidatures. Le groupe de travail s'est constitué rapidement. Le rôle des **cadres suppléants** était le suivant : suppléer le cadre référent en son absence et l'accompagner dans son travail de recensement des métiers, selon des modalités libres, à définir au sein de chaque pôle.

Le **fonctionnement par pôle** a été choisi pour donner une impulsion à ce nouveau mode de gouvernance, et dans la mesure où le répertoire interne des métiers, « produit de sortie » de ce premier volet, a vocation à être **à disposition des cadres et des chefs de pôle**.

Le recensement des métiers implique une grande rigueur quant à l'utilisation du répertoire des métiers. En effet, le répertoire représente le point de départ de toute mise en place d'une démarche métiers. Le caractère national et homogénéisé de ce document a été mis en exergue auprès des cadres référents. Toute tentative d'adaptation de ce document a été exclue par le groupe de pilotage de la démarche. Il faut souligner à cet égard qu'un tableau précis des métiers présents dans chaque établissement sera sans doute requis au cours des prochaines années par les tutelles, notamment dans les déclarations annuelles d'activité salariée et qu'il convient dès lors de ne pas s'affranchir des métiers présentés comme tels par le répertoire.

Les cadres référents de pôle étaient donc relativement libres dans leur démarche pour le recensement des métiers : ils pouvaient choisir de créer des groupes de travail par pôle

ou de rencontrer successivement tous les cadres du pôle et de recenser avec eux les métiers présents et les compétences des agents qui pourraient être utiles au pôle voire à l'établissement (exemple : cas d'un ambulancier SMUR qui est pompier dans sa vie privée ou d'un kinésithérapeute qui parle couramment le polonais).

Ils disposaient pour ce faire d'un fichier Excel (annexe 3, comprenant les explications et le fichier lui-même : un fichier du pôle a été distribué aux cadres référents du pôle en question, seule la DRH est en possession du tableau général, comprenant les 9 pôles), et deux réunions ont eu lieu pour leur présenter la démarche : tout d'abord une réunion de cadres collégiale puis une réunion du groupe de travail, comprenant une douzaine de personnes. Ensuite, un mois et demi après le lancement du groupe de travail, c'est-à-dire à la fin du mois de juillet, a été organisée une réunion d'étape, pour faire le point sur les classifications difficiles. Lors de cette réunion, 6 des 9 cadres référents avaient transmis par voie informatique une première mouture du recensement des métiers de leur pôle, ce qui a rendu cette réunion de mi-parcours particulièrement dynamique et fructueuse.

Malgré la relative liberté dont disposaient les cadres référents pour mener ce travail de recensement, il convient de rappeler que l'échéance brève des réunions et l'encadrement fort lors des réunions elles-mêmes a également contribué à la réussite de la démarche.

B) La mise en œuvre : dynamique réussie et prise en compte de la nécessité d'un encadrement fort et d'explications renouvelées

En effet, lors des réunions de travail, **l'importance de l'encadrement** (présence du pilote, du chef de projet et du DS) et des explications délivrées par lui s'est fait ressentir. Il était en particulier nécessaire de refaire le point régulièrement sur : les objectifs du recensement (qui n'était bien entendu pas de retranscrire le grade de chaque agent mais bien de s'attacher à son métier, au quotidien, sur le terrain) ; la distinction entre : restriction d'aptitude temporaire, qui ne donne pas lieu à une modification du métier de base de l'agent, et poste aménagé après le passage en commission de réforme, qui, quant à lui, peut entraîner une modification pérenne du métier de l'agent (d'aide soignant à coursier, par exemple) ; la distinction entre cadre de santé d'unité de soins et d'activités et d'activités paramédicales, et cadre de santé de secteur de soins et d'activités paramédicales ; l'importance de recenser les compétences des agents pouvant être utiles avec l'accord des agents concernés ; l'interdiction de recenser comme IDE, AS ou

animateur, en particulier, des agents qui ne disposeraient pas du diplôme d'Etat nécessaire pour l'exercice de ces métiers.

La GPEC ou démarche « métiers – compétences » ne sont pas des concepts aisément appréhendés et cernés. Il s'agit donc pour les personnes responsables de sa mise en place d'être disponibles et à l'écoute, pour contribuer à une avancée optimale du projet.

## **2.2.2 La gestion prévisionnelle des effectifs : construction des tableaux de bord et mise en œuvre de leur suivi**

### A) La phase de construction des indicateurs

Les membres de ce groupe de travail sont donc le directeur des RH, le DS, le chef de projet, EDH, ainsi qu'un adjoint des cadres hospitaliers de la DRH et un agent administratif de la DRH. Les gestionnaires de la DRH ont également été impliqués dans la création des tableaux de bord. La composition de ce groupe de travail sera appelée à évoluer en fonction des départs et arrivées de personnel au CHC.

Les indicateurs, ainsi que les services responsables de leur renseignement et la périodicité de leur diffusion, ont été définis de la sorte par le groupe de travail :

<b>Tableau de bord :</b>	<b>Renseigné par :</b>	<b>Périodicité :</b>
Pyramide des âges	Direction des RH	Annuelle (Juin, en parallèle avec le Bilan Social)
Départs prévisionnels en retraite	Direction des RH	Quadrimestrielle
Tableau entrée/ sortie	A court terme : gestionnaires de la DRH	Mensuelle, avec extraction des données annuelle et projection des flux
	A long terme : gestionnaires des pôles (cadres)	
Tableau des mutations internes	Direction des RH	Mensuelle
Absentéisme	Direction des RH	Mensuelle

La construction des indicateurs elle – même a été confiée au chef de projet, aidé en cela par l'ADCH et l'AA de la DRH, pour la partie technique. Il s'agissait là d'un travail relativement fastidieux étant donné le difficile lien informatique entre les outils

actuellement utilisés par la DRH. En effet, pour le remplissage des tableaux d'absentéisme et pour la pyramide des âges, il s'est agi pour l'AA de la DRH d'extraire par BO les éléments nécessaires et de refaire la synthèse ensuite.

Ce mode de renseignement des tableaux de bord ne peut durablement être utilisé. C'est pourquoi la mise en œuvre du suivi de ces outils reste relativement problématique en l'absence d'investissement informatique important.

#### B) La difficile mise en œuvre de leur suivi

En effet, la mise en œuvre du suivi de ces indicateurs nécessaires à une gestion prévisionnelle des effectifs, puis sans doute des compétences, n'est pas aisée au CHC. Ces outils requièrent en effet souvent des programmes informatiques spécifiques dont ne dispose pas actuellement l'établissement.

Le logiciel utilisé principalement par la DRH aujourd'hui est le logiciel CPage, qui devrait proposer une version modifiée de son offre à l'automne 2007, avec des outils utiles pour la mise en place d'une GPEC. Pourtant, le CHC n'a pas de certitude quant au contenu exact de cette nouvelle version du logiciel ni de sa date de mise à disposition des établissements. Une incertitude plane donc encore aujourd'hui sur le suivi des indicateurs mis en place. Le CHC répond donc, en partie pour cette raison, à l'appel à projets de l'ARHIF sur la prise en charge financière d'actions de GPEC, dont il espère pouvoir bénéficier notamment en termes d'outils informatiques.

### 2.2.3. La mise en œuvre du volet qualitatif de la démarche nécessite en premier lieu une rénovation en profondeur de l'entretien annuel existant

#### A) Les limites de l'entretien annuel de notation existant ...

La notation a statutairement pour but de comparer les qualités professionnelles de l'agent à celles que nécessite l'exercice correct de la fonction qu'il occupe<sup>18</sup>. Une durée de fonctions de six mois est nécessaire pour être noté dans un service, et une notation faite avec retard, même plusieurs années après, demeure valable « si elle est effectuée dans les règles<sup>19</sup> » et présente une certaine crédibilité.

Si l'entretien de notation est censé permettre de faire le point sur les compétences acquises et à acquérir de tous les agents de l'établissement, force est pourtant de constater qu'au CHC il n'a souvent que peu de répercussions sur la motivation et les objectifs de l'agent. La grille de notation est trop succincte et les objectifs trop vagues pour que cet entretien soit véritablement utile. La fixation d'objectifs concrets ne découle pratiquement jamais de cet entretien, souvent très limité dans le temps et l'avancement à l'ancienneté, qui est la règle, fausse quoi qu'il en soit la pertinence des notes attribuées.

Il convient à cet égard de préciser que le **ministère réfléchit actuellement** à l'hypothèse de la **suppression de la notation sous sa forme actuelle**. Cette suppression a déjà eu lieu pour les directeurs d'hôpital et il apparaît probable que l'ensemble des grades de la FPH sera touché par cette mesure, mais à une échéance non encore déterminée.

#### B) ... Ont conduit à la mise en place d'un entretien annuel d'évaluation, auquel tous les cadres doivent être formés

La mise en place d'un système d'évaluation opérationnel et institutionnalisé peut être un des outils majeurs pour atteindre cet objectif ultime qu'est la mise en place d'une GRH moderne. En effet, la mise en place d'un système d'évaluation, permettant de s'attacher au développement de compétences préexistantes et à l'acquisition de compétences nouvelles, en fixant des objectifs à chaque agent et en contribuant à l'élaboration d'un

<sup>18</sup> Albert Faure – Muriel Le Jeune, Commentaire du Statut de la Fonction Publique Hospitalière, Les Indispensables, 9ème Edition, 2006

<sup>19</sup> Décision du Conseil d'Etat, 2 juin 1993, Dép. du Val de Marne.

programme de formation personnalisé, est un aspect important de toute démarche métiers - compétences.

La mise en place progressive d'un tel système a été privilégiée dans certains établissements, avec un entretien simple la première année, permettant de faire le point sur les points forts et faibles de l'agent, sa conception de son métier et de son rôle dans le service. Cet entretien peut dans un premier temps être distinct de l'entretien de notation, pour permettre à l'évaluateur de se détacher du caractère très formel et encadré de l'entretien de notation. La deuxième année, un support d'évaluation pourra conférer à cet entretien un caractère plus formalisé, tout en laissant à l'agent et à son supérieur hiérarchique direct l'opportunité de s'exprimer librement. La troisième année, ce support d'évaluation affiné et modifié si besoin pourra être utilisé pour évaluer les besoins individuels en formation, mobilité et les objectifs professionnels de l'agent. L'évaluateur sera le supérieur direct de l'agent, ce qui permettra un entretien plus individualisé et plus concret.

Pour évaluer un agent, le supérieur hiérarchique direct devra maîtriser les trois niveaux de compétence d'un agent et fixer lui-même les objectifs fixés à l'agent :

<p style="text-align: center;"><b>La norme : niveau 1</b></p> <p style="text-align: center;">C'est le socle, la base, qui peut être fondée sur la fiche métier, et ne saurait donner lieu à négociation avec l'agent.</p> <p style="text-align: center;">Nb : En deçà de l'acquisition de cette base par les agents, on peut considérer que le fonctionnement général du service est en danger.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Les objectifs : niveau 2</b></p> <p style="text-align: center;">Ils doivent avoir été définis au préalable et leur réalisation doit être évaluée à N+1 par le cadre responsable.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Les Faits significatifs de performance (FSP) : niveau 3</b></p> <p>Création de valeur ajoutée non demandée par la hiérarchie et laissée à l'initiative de l'agent. Ces FSP doivent être reconnus à leur juste valeur, autant dans un souci de reconnaissance du travail réalisé que dans une optique de promotion de ces initiatives individuelles. En effet, ces FSP permettront au(x) supérieur(s) de repérer les potentiels et d'agir en faveur d'une éventuelle promotion professionnelle (ex : IDE qui suivrait la formation pour devenir cadre de santé), ou du moins d'une reconnaissance des performances.<sup>20</sup></p>

Au CHC, la mise en place d'un entretien d'évaluation est bien considérée comme l'un des outils de la mise en place d'une démarche métiers – compétences. Un avis d'appel public

<sup>20</sup> Tableau inspiré librement du chapitre III (L'évaluation), du Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière, volume 2 : le développement des ressources humaines, Derenne, O. ; Lucas, A. (sous la direction de), Rennes, Editions ENSP, 2005

à la concurrence a été passé mi - septembre 2007 pour une formation internalisée de tous les cadres de l'établissement à l'évaluation.

Dans certains établissements pourtant, les trois étapes sus mentionnées de la mise en place d'un entretien d'évaluation n'ont pas été dissociées, et la DRH a d'emblée mis en place un entretien intégrant un support d'évaluation relativement élaboré, permettant d'évaluer les besoins individuels en formation, mobilité et les objectifs professionnels de chaque agent. Cette démarche a le mérite de l'efficacité et de la clarté : dès sa mise en place, les objectifs finaux de l'entretien d'évaluation sont présentés.

Le CHC pourra se baser sur cette méthode pour la mise en place de ses entretiens d'évaluation si les résultats de la formation à l'évaluation sont satisfaisants et si les cadres sont réceptifs à cette nouvelle méthode de gestion des personnels. Une telle mise en place implique en effet une prise de conscience réelle de la part des cadres et une motivation importante, car elle implique un changement d'importance dans l'appréhension des compétences et objectifs des agents. Elle devra en tout état de cause être fortement accompagnée de la part de la direction des RH, pour ne pas se solder par une non-application des préconisations.

Certains blocages ont pu se faire jour dans la mise en place d'une démarche métiers – compétences au Centre Hospitalier de Coulommiers. La relative résistance au changement et le scepticisme initial de certains agents gestionnaires de la DRH, conjugués à un manque réel de moyens humains et à la concomitance de dossiers lourds dans ce service central dans la démarche aurait pu être un frein sévère à l'avancée du projet. En réalité, la communication forte sur le projet, ses objectifs et les avancées à en attendre pour la DRH, notamment en termes d'efficacité et de fiabilité des données, est semble-t-il venue à bout des scepticismes, du moins affichés.

En revanche, les blocages pratiques, en particulier au niveau informatique, sont plus difficiles à pallier, et nécessiteront une aide extérieure (espérée dans le cadre de l'appel à projets de l'ARHIF) ou un investissement financier de la part du CHC.

Enfin, le risque de l' « usine à gaz » semble aujourd'hui maîtrisé, grâce à la modestie des objectifs et à une démarche progressive et porteuse de réalisations concrètes et utiles, ou du moins appelées à le devenir.

### **3 Préconisations et conditions pour le passage d'une gestion administrative à une véritable gestion des ressources humaines au CHC : la poursuite de la démarche « métiers-compétences »**

#### **3.1 Une démarche ambitieuse, que seule une dynamique sans cesse renouvelée et la définition du projet d'établissement, rendront pérenne et efficiente**

Le passage d'une gestion purement administrative des RH à l'hôpital à une gestion plus fine et plus qualitative, prenant en compte le métier de chaque agent et ses compétences particulières n'est pas chose aisée et ne peut se faire en seulement quelques mois. C'est pourquoi la démarche métiers – compétences, dont les jalons ont été posés entre avril et septembre 2007, devra demeurer au centre des priorités de la direction des RH du CHC, sous peine de voir le projet s'enliser, notamment suite au départ du chef de projet initial, EDH. L'horizon de mise en place d'une GPEC ou d'une démarche métiers – compétences est évalué entre 2 et 4 ans, horizon qui pourra être revu en fonction des avancées nationales en la matière, notamment sur le plan des compétences, qui est à l'heure actuelle l'aspect le moins développé à l'échelle nationale comme à celle des établissements.

Pour rendre cette démarche pérenne et éviter son enlissement à long et même à moyen termes, la définition d'un projet d'établissement rigoureux et porteur, de même que la mise en œuvre d'avancées concrètes, seront indispensables.

### 3.1.1 Comment faire pour éviter le risque majeur d'un essoufflement de la démarche ?

#### A) Le risque de l'essoufflement de la démarche est majeur

Dans un projet d'une envergure telle que celui de la GPEC, le risque d'essoufflement est majeur. En effet, d'autres dossiers peuvent devenir prioritaires et le temps consacré au projet initial est réduit, ce qui nuit de facto à son avancée. Les acteurs peuvent également, même en l'absence d'autres grands dossiers, voir leur motivation s'essouffler, du fait en particulier de réalisations qu'ils ne jugeront pas assez concrètes ou porteuses d'avancées véritables pour les agents. Enfin, le départ d'acteurs majeurs du projet peut évidemment nuire à son développement et conduit même dans certains établissements à un abandon pur et simple du projet, faute de remplaçants motivés.

En ce sens, le départ du chef de projet représentera sans doute un tournant dans la gestion de ce dossier de grande importance pour la DRH du CHC. Malgré tout, ce départ ayant été connu dès l'arrivée même du chef de projet, ses suites ont également été prévues, avec la reprise en main du dossier par la directrice des ressources humaines et sans doute une délégation plus grande aux membres des deux groupes de travail actuellement en place.

Enfin, il convient de rappeler que l'aspect GPE, gestion prévisionnelle des emplois, est une obligation pour les établissements de santé et pour les Directions des RH, qui doivent être en mesure de produire des données chiffrées à la direction générale et aux tutelles, notamment pour ce qui concerne les pyramides des âges, taux d'absentéisme, etc. Cet aspect restera donc en toute hypothèse au cœur des priorités de la DRH du CHC. C'est en revanche l'**aspect plus qualitatif**, dans lequel réside souvent l'intérêt majeur de la GPEC, qui risque peut-être d'être négligé dans quelques mois et sur lequel la **communication** à destination de l'équipe de direction mais également des cadres de santé **doit** par conséquent **être** centrée.

Si les avantages et améliorations à attendre de la GPEC sont suffisamment bien mis en exergue et que sa mise en place s'accompagne de réalisations concrètes, alors l'essoufflement voire l'enlisement du projet seront sans doute évités.

B) Mais des réalisations concrètes et pérennes devraient permettre d'éviter l'enlisement du projet

Plusieurs outils opérationnels sont d'ores et déjà prévus : les tableaux de bord précédemment définis, qui constituent le socle de la partie quantitative de la GPEC, ont été définis et seront suivis régulièrement. Ces tableaux de bord représenteront une avancée non négligeable pour la gestion administrative et financière des carrières, et les gestionnaires de la DRH, relativement réticents quant à la mise en place de la GPEC à ses débuts, verront sans doute les effets bénéfiques de ces outils lorsqu'ils seront mis en pratique.

Sur un plan davantage qualitatif, les métiers des agents du CHC ont été recensés par pôles entre juillet et septembre 2007, grâce à un groupe de travail composé principalement de cadres et cadres supérieurs de santé, auxquels l'intégration d'informations sur des compétences intéressantes des agents a également été demandée, par exemple : « compétences artistiques », ou « pompier volontaire ». Ce répertoire interne sera mis à disposition des responsables de pôle dans le courant du mois d'octobre 2007, de manière « anonymisée ». Ceci constitue, de la part de la DRH, une remise d'informations collectées au niveau du pôle et, selon les cadres sollicités, une réalisation intéressante et concrète.

La GPEC irrigue, à terme, tous les champs de la GRH : recrutement, formation, évolution et plan de carrière, gestion des départs en retraite. Pour être pérennes et ne pas sombrer dans l'oubli et le désintérêt, les avancées de la GPEC doivent donc se faire jour dans tous ces domaines.

Ainsi, la **formalisation de la formation et de l'intégration** est une avancée dont pourrait tirer bénéfice le CHC ainsi que ses cadres, une réalisation concrète qui, une fois mise en place, serait sans doute pérenne. Il serait ainsi particulièrement intéressant d'intégrer à chaque fiche de recrutement, ou fiche de poste, la **liste des formations indispensables** – et éventuellement celle des formations conseillées – pour y accéder. En l'occurrence, le poste semble plus approprié que le métier puisque c'est un concept plus restreint et que des personnes exerçant un même métier peuvent avoir des postes totalement différents, ce qui entraîne des besoins de formations différents. Par exemple, des aides soignantes au bloc opératoire ou en service de soins de suite et réadaptation n'ont sans doute pas les mêmes besoins de formations, bien qu'elles exercent le même métier, en référence au répertoire des métiers de la FPH. Ainsi, la liste des formations indispensables pour chaque poste pourrait permettre un choix plus fin des candidats : les formations

indispensables deviennent un critère de sélection et les formations souhaitables la base d'un programme de formation individuel et personnalisé. Il est à noter que ce type de formalisation serait particulièrement intéressant pour les catégories de personnel peu qualifiées, car c'est chez elle que se fait souvent sentir le manque de prise en charge et de formation à l'arrivée dans l'établissement ou dans un service.

Il semble également indispensable de mettre en place une **véritable reconnaissance des compétences développées et des faits significatifs de performance** démontrés par les agents. Cette reconnaissance devra s'inscrire dans le cadre d'une démarche métiers – compétences, d'autant plus que les agents sont de plus en plus souvent sollicités pour participer à des groupes de travail en tous genres (le groupe de travail sur la GPEC au CHC en est un exemple, mais il s'agit également de la participation à des démarches plus institutionnelles telles que la V1, puis la V2 ou certification) et qu'une reconnaissance de ce travail supplémentaire et volontaire serait une solution pour éviter qu'un nombre restreint de personnes prenne en charge toutes ces activités. Ainsi, **l'instauration d'une surprime** pourrait être une solution, relativement peu coûteuse (cette surprime pourrait se monter à 100 euros par agent et son attribution devrait se fonder sur des critères clairs et objectifs) et efficace pour reconnaître de manière concrète les compétences développées par certains agents.

Le directeur général du CHC prévoyant à l'heure actuelle la remise en place d'un journal à destination de tous les agents du CHC, distribué régulièrement à l'appui des fiches de paie, il serait sans doute également intéressant à cette occasion de mettre en exergue des métiers voire des agents aux compétences récemment développées ou ayant réalisé des travaux particulièrement intéressants dans leur domaine. Ceci, de manière relativement informelle, permettrait la reconnaissance de certains métiers parfois déconsidérés. Pour exemple, à l'Hôpital Antoine Béchère de l'AP - HP, un article a été publié dans le journal interne sur le service interne de déménagement, en insistant sur les formations suivies par son personnel, tels que la formation au transport de charges lourdes ou de matières dangereuses, dont ces agents ont su tirer un réel profit, en termes d'image notamment, laquelle a souvent des répercussions non négligeables sur la satisfaction et donc l'investissement au travail.

Enfin, sur le plan de la **rationalisation des dépenses de formation**, la GPEC et la démarche métiers compétences peuvent également conduire à des avancées véritables. En effet, il serait pertinent de définir, avant de satisfaire aux demandes de départs en diplôme universitaire, voire en formation, des conditions liées au « réinvestissement » de la formation par l'agent. Ainsi, l'agent s'engage, à son retour de DU, à mettre en place un

certain nombre d'améliorations du fonctionnement de son service, ou encore à passer un pourcentage préalablement défini de son temps de travail sur une mission transversale (détachement de son service d'une IDE, un jour par semaine, dans une équipe mobile de prévention de la douleur ou des infections nosocomiales). Il s'agit donc en quelque sorte d'un réinvestissement de la formation reçue, et d'une responsabilisation de l'agent qui la reçoit, qui part en sachant que des compétences précises seront attendues de lui à son retour.

### **3.1.2. Le succès de la démarche reste en partie conditionné à la formalisation du projet d'établissement**

A) L'absence d'un projet d'établissement se fait aujourd'hui ressentir à tous les niveaux

Selon les dispositions législatives et réglementaires qui conditionnent le fonctionnement et le management des établissements publics de santé, la démarche prospective doit conduire à la formalisation d'un document comprenant les éléments suivants : projet médical, projet de soins, projet social, projet organisationnel et managérial (projet de gestion), projet des systèmes d'information, programme capacitaire, programme pluriannuel d'investissement, plan global de financement pluriannuel.

La mise en œuvre des différents volets du projet d'établissement nécessite la mobilisation de moyens : la démarche métiers compétences, via une gestion actuelle et prévisionnelle des effectifs et des compétences, est un des leviers d'action des volets social et organisationnel et managérial du projet d'établissement.

Si la démarche métiers – compétences est l'un des moyens de mise en œuvre du projet d'établissement, elle n'est pas pour autant indépendantes de ses autres volets. En effet, pour ce qui concerne le projet de soins, la démarche peut fournir des repères quantitatifs et qualitatifs pour élaborer l'offre de soins, fixer les priorités et préparer les équipes aux évolutions stratégiques. De même, la démarche alimente le système d'information en données d'effectifs et de compétences variées : rattachement des agents au répertoire des métiers de la FPH, évaluation des compétences, flux entrants et sortants... son lien avec le projet des systèmes d'information est donc également important.

Or, **depuis 2005, le CHC n'est plus doté d'un projet d'établissement**, situation qui s'était déjà produite entre 1993 et 1998. Cette situation est d'autant plus préoccupante que le CHC doit évoquer dans les tous prochains mois, des points essentiels (filière gériatrique, santé mentale, institut de formation en soins infirmiers) avec des interlocuteurs nombreux. Outre qu'elle n'est pas conforme à la réglementation, cette situation nuit à la force de proposition et de conviction du CHC.

Sur le plan de la réussite de la mise en place de la GPEC, cette absence de projet d'établissement pose également de graves soucis. En effet, la GPEC doit être un outil d'aide à la décision pour les managers de l'hôpital public, mais ses axes de travail doivent également être basés sur des orientations claires pour l'établissement. Elle ne peut pas seule être le cœur stratégique de la décision, et ses réalisations, en dehors d'un projet d'établissement et d'un projet de soins opérationnels, n'auront en toute hypothèse que peu de conséquences. En effet, si l'avenir de l'hôpital est flou, les décisions stratégiques, notamment en termes de RH resteront vagues, même si les outils de la GPEC ont été mis en place et suivis de manière régulière.

#### B) Des avancées imminentes sont attendues

Cependant, dans ce domaine, des avancées sont à attendre dans les tous prochains mois. En effet, un directeur de la stratégie est récemment arrivé, sur un poste partagé à 50% avec un autre CH de la région, et sa mission prioritaire est justement la formalisation rapide du projet d'établissement, avec une attention particulière au projet médical.

Un calendrier a été défini et porté à la connaissance du comité de direction à la fin du mois de septembre 2007. Le projet médical devrait être finalisé pour la fin décembre 2007, avec une validation à la fin janvier 2008. La finalisation des autres projets devrait quant à elle se dérouler fin janvier 2008, ce qui **devrait permettre le vote du projet d'établissement 2008 – 2012 en février 2008**.

Cette clarification des projets d'avenir du CHC, attendue de tous, permettra également une avancée de la démarche métiers compétences, qui fera d'ailleurs partie du projet social, et permettra de rendre ses réalisations plus prégnantes.

### **3.2 L'implication des acteurs à tous les niveaux est et demeure indispensable à la poursuite d'une démarche globale et à la mise en œuvre d'une GRH moderne et efficiente**

Le succès et plus encore la pérennité de la mise en place d'une démarche « métiers compétences » et donc d'une GRH moderne et efficiente dépendent en majeure partie de la motivation et de l'implication des acteurs concernés, à tous les niveaux. Ainsi, l'intérêt des services informatiques, des cadres de l'établissement et de la direction bien évidemment, sera l'élément décisif des années à venir dans ce domaine.

#### **3.2.1 Le Centre Hospitalier de Coulommiers ne pourra pas faire l'économie d'un investissement conséquent dans son système d'information**

L'un des handicaps majeurs de la mise en place d'une GRH moderne au CHC, laquelle doit combiner les outils de gestion quantitative indispensables et des éléments permettant une reconnaissance et une gestion réelle des compétences, est la faiblesse de son système d'informations, comme indiqué précédemment.

En effet, les services informatiques sont de faible taille au CHC – un ingénieur informatique et trois agents à la maintenance informatique, dont un contractuel – et se concentre dès lors prioritairement sur la maintenance informatique, au détriment de la programmation. Le CHC ne dispose pas à l'heure actuelle d'intranet, et la DRH se sert actuellement des logiciels C Page et Business Object, mais un grand nombre de gestionnaires de la DRH n'ont pas les compétences requises pour se servir de BO, d'où l'existence de ressources inexploitées ou mal exploitées.

Le schéma directeur informatique étant en cours de rédaction au CHC, la directrice des RH a pour objectif de doter son service d'un logiciel particulièrement adapté à la GPEC, bien que le choix du produit n'ait pas encore été effectué, et que les modalités de son financement ne soient pas encore tranchées, notamment en raison du possible financement d'une partie de ce logiciel par l'ARHIF, par le biais de l'appel à projets du C2R Santé, auquel le CHC a répondu le 26 septembre 2007.

L'adaptation du système d'informations du CHC aux nouvelles contraintes institutionnelles et de bonne gestion implique donc un investissement majeur.

### **3.2.2 Des actions de formation initiales et renouvelées dans le temps sont à prévoir**

La GPEC est un outil de gestion indispensable, mais pas toujours simple d'utilisation ni même de compréhension. Dès lors, des formations larges et renouvelées dans le temps paraissent indispensables à une bonne utilisation de cet instrument de GRH, et ce pour toutes ses applications.

Dès aujourd'hui, une formation à l'évaluation de tous les cadres est prévue. Cette formation est indispensable à la mise en œuvre du volet qualitatif de la GPEC, et se déroulera sur le site du CHC. A l'avenir, le développement de formations en ligne est à préconiser : en effet, ces formations sont souvent moins chronophages et moins coûteuses que les formations « traditionnelles », bien que les formations ayant lieu sur le site du CH demandeur soient d'ores et déjà plus économiques que celles qui impliquent un déplacement des agents, surtout si celles-ci sont destinées à un large public.

Il convient enfin de rappeler que les formations devront pour une grande partie d'entre elles être renouvelées dans le temps. En effet, l'exemple du logiciel BO à la DRH a démontré le caractère inutile d'une formation unique, non suivie d'applications concrètes. De même, l'instauration d'un entretien d'évaluation annuel de leurs agents par les cadres devra suivre la formation à l'évaluation, pour que les personnes formées mettent directement en application les principes appris sur le plan théorique. Ensuite, des formations de rappel pourront être envisagées, il serait d'ailleurs intéressant de privilégier à cet égard les formations en ligne.

### **3.2.3 L'implication des agents eux-mêmes, jusqu'ici restreinte faute de temps, ne doit pas être négligée**

La communication a été mise en exergue dans ce mémoire comme l'une des clés de voûte du succès d'une démarche métiers compétences. Or, en raison d'un calendrier très

serré, la communication globale à tous les agents de l'établissement au sujet de la démarche métiers compétences n'a pas été effectuée dans les premiers temps. En effet, les objectifs de l'EDH, chef de projet de la mise en place de la GPEC durant les huit mois de sa présence dans l'établissement, étaient clairs et ambitieux et, alliés à l'état faible d'avancement de la GPEC au CHC, l'ont conduite à adopter un mode de management volontariste.

Ainsi, certains établissements, dont ceux de l'AP-HP, ont choisi, pour recenser les métiers, de passer par l'entretien d'évaluation, qui y préexistait. Les directeurs des RH, puis les cadres, ont donc reçu une formation à la GPEC dispensée par le « Siège », et ont reçu pour consigne **d'évoquer individuellement avec les agents, lors de l'entretien annuel d'évaluation, le rattachement au répertoire des métiers de la FPH**. Cette démarche permet en effet de sensibiliser chaque agent, quel que soit son grade ou sa qualification, à la démarche métiers, et de la distinguer de la réflexion statutaire, sans laisser un éventuel monopole des organisations syndicales s'installer à cet égard.

Or dans un établissement comme celui de Coulommiers, où l'entretien d'évaluation n'existe pas et où la formation à l'évaluation, bien que prévue et budgétée, n'a pas encore eu lieu, il était impossible de suivre cette démarche et de parvenir à un recensement complet - c'est-à-dire supérieur à 90% - en huit mois.

Pour autant, la communication à destination des agents n'a pas été totalement négligée. En effet, les agents ont pu être informés, par le biais de leurs représentants au Comité Technique d'Etablissement et au CHSCT, instances auxquelles la démarche a été présentée, à l'aide d'un support pédagogique. Les cadres ont également tous été informés de la démarche mise en place au CHC et ceux d'entre eux qui se sont désignés comme référents pour leur pôle ont pu être amenés à communiquer au sein de leur pôle sur ce sujet, et du moins à rencontrer les agents pour lesquels la classification dans le répertoire des métiers était difficile.

Enfin, un **message d'explication, se voulant clair et accessible, sera diffusé très prochainement à l'ensemble du personnel du CHC, par la voie d'un bref document papier joint à la fiche de paie**. Les agents seront donc tous mis au courant de la démarche et pourront aborder ce thème lors des entretiens d'évaluation qui seront mis en place dès l'année 2008.

### **3.2.4. La réflexion sur la délégation de gestion aux pôles devra prendre en compte la « dimension GPEC »**

Le contrat du pôle Médecine, pôle pilote en matière de nouvelle gouvernance, est en cours de rédaction. Ce contrat comprend un volet GRH, et la mise à disposition de tableaux de bord GPEC est l'un des engagements de la direction envers ce pôle, et sans doute par la suite envers les 7 autres pôles de soins du CHC. La mise à disposition de la liste des métiers disponibles ainsi que des compétences présentes dans le pôle, est en particulier prévue et a été présentée comme l'un des objectifs finaux du recensement des métiers au CHC. La DRH honorera cet engagement dans le courant du mois d'octobre 2007, et l'on pourra ensuite constater les éventuels effets bénéfiques de cette mise à disposition, en particulier en matière d'adéquation des compétences aux postes.

D'autres outils pourraient également être mis à disposition des responsables de pôle, c'est-à-dire du médecin chef de pôle, et des cadres, administratifs et paramédicaux, de pôle. Ainsi, il pourrait ainsi être envisagé de leur mettre mensuellement à disposition les taux d'absentéisme, prévisions de mouvements et recours à l'intérim, respectivement constatés ou évalués a priori, dans le pôle, avec éventuellement une moyenne sur l'ensemble de l'établissement. Ceci permettrait en effet d'effectuer une **comparaison des données GRH du pôle par rapport à l'ensemble de l'établissement**, ce qui pourrait conduire à la mise en exergue d'éventuels dysfonctionnements ou au contraire aspects positifs au sein du pôle. Les responsables de pôle pourraient en tirer des conséquences, c'est-à-dire rechercher les causes des éventuels dysfonctionnements, et prévoir des actions correctives, éventuellement en suivant l'exemple d'autres pôles aux performances meilleures en la matière.

La direction des RH devra donc veiller à ce que d'éventuelles mises à disposition d'information RH soient exploitées de manière intéressante par les pôles eux-mêmes, et qu'elles ne représentent pas un surcroît de travail inutile pour la DRH.

### **3.3 Le cadre national et le « serpent de mer » de la réforme du statut : fausse réponse ou vraie nécessité ?**

#### **3.2.1 Le statut représente-t-il un frein à la mise en place d'une démarche « métiers-compétences » ?**

La fonction publique hospitalière bénéficie d'un statut législatif depuis la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 qui s'inscrit dans le cadre plus général du statut de la fonction publique, ensemble cohérent de dispositions législatives. Sous forme d'un titre IV, ce texte constitue le dernier pilier de la « construction d'une fonction publique au service de la République<sup>21</sup> ». Conséquence du statut, la **situation du fonctionnaire est fixée par voie générale et impersonnelle par des lois et règlements**, et s'impose à tous les agents de la même catégorie. Les fonctionnaires appartiennent, sauf exception, à des corps, répartis eux-mêmes en quatre catégories. Le fonctionnaire se situe donc au sein d'une administration ou d'un service en référence à un emploi, fonction administrative, juridique et budgétaire, pouvant être confiée à un fonctionnaire. Le grade est le titre qui confère à son bénéficiaire vocation à occuper un emploi. L'agent a droit au maintien de son grade ; en revanche, il n'a aucun droit concernant le maintien de l'emploi dont la création ou la suppression, liées à l'intérêt du service, sont de la compétence exclusive du pouvoir réglementaire.

Le statut de la FPH, dans ses différents aspects, représenterait selon certains un frein à la mise en place d'une GRH moderne, emprunte de souplesse et de réactivité. Pourtant, force est de constater que la mise en œuvre d'une GRH moderne n'est pas véritablement incompatible avec l'existence de règles strictes voire d'un statut comme celui de la Fonction Publique Hospitalière.

En effet, les notions de métiers et de compétences, en particulier, qui font partie intégrante d'une GRH moderne, ne sont pas incompatibles avec le statut de la FPH, quand bien même elles s'en distinguent. Raisonement statutaire et repérage des métiers et compétences des agents des établissements publics de santé sont deux démarches distinctes, mais qui peuvent être complémentaires. En effet, la mise en pratique de la démarche « métiers – compétences » permet au directeur des RH de disposer

---

<sup>21</sup> Faure, Albert, Le Jeune, Muriel, Commentaire du statut de la Fonction Publique hospitalière.

d'informations qui ne sont pas prises en compte dans le raisonnement statutaire traditionnel, telles que les langues parlées par l'agent (information qui peut être utile dans le cas de formations internationales, ou tout simplement de la présence dans l'établissement d'une personne étrangère ne parlant pas le français), les compétences artistiques éventuelles (qui peuvent utilement être mises à profit dans le cadre d'un service gériatrique ou pédiatrique ou dans la rédaction d'un journal interne), ou encore les activités annexes de l'agent qui peuvent avoir un rapport indirect avec le service (exemple d'un conducteur ambulancier SMUR pompier dans sa vie privée).

Enfin, la question de la notation est extrêmement sensible, notamment dans les rapports que la direction des RH peut avoir avec les organisations représentatives du personnel, qui défendent traditionnellement le système de la notation et de l'avancement essentiellement à l'ancienneté. Dans ce cadre, la mise en place de l'entretien d'évaluation doit être accompagnée d'une large communication et de pédagogie.

A l'heure actuelle, le statut n'est pas un frein à la mise en place d'une démarche « métiers-compétences » même si les liens entre les deux réflexions ne sont pas toujours clairement discernables. A terme, il pourrait cependant s'avérer intéressant que la démarche métiers irrigue le statut, et que le système de notation évolue dans le sens d'un plus grand pragmatisme et d'une plus grande personnalisation.

### **3.2.2 Que faire dans le cadre du statut ? Des marges de manœuvre parfois inexploitées**

Le statut général de la fonction publique et en son sein le statut de la fonction publique hospitalière ont été largement critiqués, et la faiblesse des marges de manœuvre des directeurs face au déroulement de la carrière de leurs agents, qu'il s'agisse de sanctions ou de valorisation du travail réalisé, est sans doute l'un des points les plus largement mis en accusation. Or, si l'on s'attache à une lecture attentive du statut, force est de constater que les marges de manœuvre existent, et que le souci est souvent davantage celui de leur inapplication que celui de leur inexistence.

Sur le plan des **sanctions** que les directeurs peuvent infliger aux agents, dans le cadre du pouvoir disciplinaire - à distinguer du pouvoir hiérarchique - la liste est en réalité relativement fournie et le panel assez large pour qu'une réponse puisse être donnée à

toute situation problématique. Ainsi, l'article 81 du statut de la fonction publique hospitalière répartit les sanctions disciplinaires en quatre groupes :

- premier groupe : l'**avertissement** et le **blâme**,
- deuxième groupe : la **radiation du tableau d'avancement**, l'**abaissement d'échelon**, l'**exclusion temporaire de fonction pour quinze jours au maximum** ;
- troisième groupe : la rétrogradation, l'exclusion temporaire de fonctions pour trois mois à deux ans ;
- quatrième groupe : la **mise à la retraite d'office** et la **révocation**.<sup>22</sup>

Sans entrer dans les détails de procédure de chacune de ces sanctions, il apparaît néanmoins clairement que des sanctions sont possibles contre les agents qui n'exécutent pas de manière satisfaisante leurs fonctions.

De manière indépendante de tout caractère disciplinaire cette fois, le **licenciement pour insuffisance professionnelle** est également autorisé par le statut de la FPH. Cette insuffisance doit résulter de l'impossibilité effective et dûment constatée de pouvoir accomplir les travaux confiés ou d'assumer les responsabilités correspondant au grade ou à l'emploi dans lequel le fonctionnaire est nommé. Cette insuffisance, pour un titulaire, doit résulter de son état physique, psychique, ou de ses capacités intellectuelles, c'est-à-dire de facteurs qui ne dépendent pas directement de sa volonté.

Lorsqu'une insuffisance professionnelle, au sens des indications sus mentionnées, vient à être constatée, le directeur doit en réalité rechercher en première instance si un autre emploi pourrait mieux convenir à l'intéressé, le médecin du travail pouvant, après consultation de l'agent et examen éventuel du poste de travail, proposer, après avis du comité technique paritaire, une adaptation de ce poste à l'état physique de l'intéressé.

Ce n'est qu'en cas d'impossibilité de **reclassement dans un autre service ou dans un autre établissement** – cas somme toute assez rare – et au vu d'un certificat médical attestant que l'intéressé ne peut être admis au bénéfice du congé de longue durée ou de longue maladie que le directeur devra entamer une procédure de licenciement.

Etant donnée la pénibilité de beaucoup d'emplois de la FPH (nombre d'agents considérés définitivement inaptes à leur emploi par le Comité Médical, sur 958 agents non médicaux en 2006 : 2004 : 6 ; 2005 : 5 ; 2006 : 2), le reclassement ou l'adaptation du poste de travail à l'état physique de l'intéressé est une situation assez fréquente, et, outre qu'elle

---

<sup>22</sup> Faure, Albert, Le Jeune, Muriel, Commentaire du statut de la Fonction Publique hospitalière.

s'inscrit dans l'éthique de la FPH, peut parfois entraîner des difficultés de fonctionnement au sein de certains services.

Cette question des agents devenus inaptes à l'exercice de leur emploi a été mise en exergue lors de la journée de formation du 24 avril 2007 par plusieurs directeurs d'hôpital, et force est de constater que la gestion des carrières difficiles semble être l'un des points importants de la carrière d'un directeur des ressources humaines.

Hormis ce cas particulier, il faut cependant reconnaître que le statut de la fonction publique hospitalière, comme celui de la fonction publique d'Etat, laisse en réalité un certain nombre de marges de manœuvre, qui ne sont pas toujours exploitées. Entrent en effet en ligne de compte la situation personnelle voire familiale de l'agent, la situation du service en question, et les retombées sociales des mesures prises. L'ensemble de ces critères rend certaines sanctions, en particulier la révocation, particulièrement rare. Pour exemple, au CHC, le nombre de licenciements, révocations et radiations a été nul en 2004, 2005, 2006<sup>23</sup>.

Pour ce qui est de la prise en compte des faits significatifs de performance, il est vrai que peu de recours sont laissés à la discrétion du directeur. En effet, l'arrêté du 24 mars 1967, modifié en dernier lieu par celui du 8 avril 1975, fixe un taux plafond uniforme à 7,5% des crédits de personnel pour la **prime de service**, dont les principes d'attribution sont fixés par une délibération de l'assemblée gestionnaire, approuvée par le préfet ; cette modalité laisse donc très peu de liberté au chef d'établissement. Le système de la **surprime**, quant à lui, donne une autonomie bien plus grande aux directeurs qui veulent attester le travail exceptionnel de certains agents. Cette possibilité est laissée à la discrétion des directeurs d'établissement dans la fixation de ses modalités. Au CHC, le système de la surprime n'a pas été mis en œuvre.

D'autres mesures moins institutionnelles et plus « psychologiques », telles la mise en valeur de tel métier, agent ou service, dans un **journal interne**, par exemple, sont également possibles et ont parfois des conséquences particulièrement bénéfiques pour les agents en question, voire pour les autres agents, dont la motivation au travail peut également être accrue par la reconnaissance de leurs pairs.

---

<sup>23</sup> Bilan Social 2006 du Centre Hospitalier de Coulommiers.

## Conclusion

La mise en place d'une démarche « métiers – compétences », dans un établissement de la taille du Centre Hospitalier de Coulommiers est une démarche d'envergure. Le CHC a pu bénéficier de la motivation forte des agents qui ont pris part à la démarche, notamment au niveau des cadres de santé, dont le travail de recensement des métiers a été particulièrement rapide et efficace, rapidité et efficacité d'autant plus louables que le travail a été effectué en majeure pendant les deux mois des congés annuels. D'autre part, le groupe projet, comprenant la directrice des ressources humaines, pilote, le directeur des soins, et l'EDH, chef de projet, a été formé dans les tous premiers temps de la démarche.

Dans un contexte difficile, marqué par l'absence d'un projet d'établissement et la faiblesse du système d'informations, les résultats obtenus en six mois de travail sont à la hauteur des objectifs fixés. Malgré tout, de nombreuses avancées sont attendues pour les prochains mois : formation à l'évaluation des cadres, réponse de l'ARH sur l'appel à projets auquel l'établissement a répondu le 26 septembre, achat d'un nouveau logiciel spécialisé dans la GPEC ou bénéfice des avancées du logiciel actuel.

Toutes ces avancées devraient permettre au Centre Hospitalier de Coulommiers de mieux maîtriser ses besoins et ses mouvements de personnel, de manière actuelle puis prévisionnelle, avec une attention particulière aux métiers, et non plus aux seuls grades. Parallèlement, le CHC devra se lancer dans le volet « compétences » de la démarche, et réaliser notamment un listage et une analyse des métiers en cours de changement au CHC.

L'attention la plus grande doit aujourd'hui être portée à la pérennité du projet, qui passe en majeure partie par la réalisation d'avancées concrètes, telles la formalisation de l'intégration et de la formation. En effet, c'est sans doute par des réalisations concrètes et facilement reproductibles dans le temps que la démarche « métiers – compétences » dépassera les prémices pour s'implanter durablement et se développer au Centre Hospitalier de Coulommiers.

---

## Bibliographie

---

- **Ouvrages** :

- BONARDI C. / ed. , 2004, *Psychologie sociale appliquée : Emploi, travail, ressources humaines*, Paris : In Press Edition
- BONMATI J.-M., 1998, *Les ressources humaines à l'hôpital, un patrimoine à valoriser*, Paris : Berger – Levrault
- DERENNE O. / ed. , 2005, *Manuel de gestion des ressources humaines dans la fonction publique hospitalière, volume 2 : le développement des ressources humaines*, Rennes : Editions ENSP
- MARTORY B. / ed. , 2003, *Gestion des ressources humaines, Pilotage social et performances*, 5ème édition, Paris : Dunod
- PERETTI J.-M., 2006, *Ressources humaines*, Paris : Vuibert
- RAOULT N. / ed. , 1991, *La Gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences dans les trois fonctions publiques*, Paris : L'Harmattan
- VALLEMONT S., 1996, *La Gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences dans les trois fonctions publiques*, Paris : Berger - Levrault

- **Articles** :

- AUTUORI M.-T., BARTHES R., 1998, « GPEC: un outil et/ ou un état d'esprit? », *Technologie Santé*, n°33, p. 61-68.
- BARTHES R., 2005, « Le traitement de l'information et la documentation, atout stratégique pour l'hôpital », *Sous Direction des professions paramédicales et des*

*personnels hospitaliers, DHOS, Ministère de la Santé, document d'accompagnement à la journée d'information du 27 mai*

- BIV B., 2004, « Gestion des emplois et des compétences. Un enjeu crucial pour les hôpitaux de Paris », *Personnel*, n°455, p. 23-24

- MESSECA E., 2002, « La gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences : adapter les ressources humaines aux besoins de demain », *Acteurs magazine*, n°67, p. 11-15

- **Mémoires :**

- CHARDON V., 2005, *L'utilisation des outils de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences pour résoudre les difficultés d'un service : l'exemple de la cuisine relais de Quimper*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, Filière Directeurs d'Hôpital, Rennes, 70 p.

- LECARDEZ M, 1999, *La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences : les prémices d'une expérience au Centre Hospitalier Universitaire de Nice*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, Filière Directeurs d'Hôpital, Rennes, 88 p.

- ROCHER M, 2004, *La mise en œuvre d'une GPEC : l'Exemple du Centre Hospitalier de Haguenau*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, Filière Directeurs d'Hôpital, Rennes, 76 p.

- **Sites internet :**

- C2R Santé : [www.c2Rsante.fr](http://www.c2Rsante.fr)

- Direction générale de l'administration et de la fonction publique : [www.fonction-publique.gouv.fr](http://www.fonction-publique.gouv.fr)

- Fédération Hospitalière de France : [www.fhf.fr](http://www.fhf.fr)

- Hospimedia : [www.hospimedia.fr](http://www.hospimedia.fr)

- Legifrance: [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

- Ministère de la Santé : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

---

## Liste des annexes

---

Annexe I : Récapitulatif succinct des grands projets et de leurs implications prévisionnelles en termes de ressources humaines

Annexe II : Echancier prévisionnel de la démarche : échancier synthétique

Annexe III : Fiche de recueil d'information pour le rattachement : salariés – métiers du Répertoire (exemple)

Annexe IV : Tableau de bord absentéisme (exemple)

Annexe V : Exemple de pyramide des âges (Pôle Chirurgie)

Annexe VI : Tableau entrées/ sorties : (exemple entrées et projection des flux)

Annexe VII : tableau des mutations internes

Annexe VIII : Guide d'entretien, recherches mémoire

**Annexe I : Récapitulatif succinct des grands projets et de leurs implications prévisionnelles en termes de ressources humaines :**

<b>Pôles</b>	<b>Principaux projets</b>	<b>Probabilité de réalisation</b>	<b>Horizon de réalisation</b>	<b>Chiffrage prévisionnel : Effectif après projets/effectif actuel</b>
<u>Médico-technique</u>	- Radio et Labo : renouvellement matériel et travaux  - Pharmacie : UCT ; travaux stérilisation	Certaine à Haute	- 2007 à 2009  - 2007	- 3 MER supplémentaires - techniciens de labo : nombre réduit par achat des nouveaux appareils  - 1 AS en plus à la stérilisation - un préparateur en pharmacie arrive au 1 <sup>er</sup> septembre
<u>Chirurgie</u>	- réorganisation et rationalisation des effectifs (mutualisation des moyens et développement de la polycompétence) - travaux du BO	- haute  - incertaine	- 2008  - inconnu	- une AS en plus aux consultations externes  - non réalisé
<u>Urgences- SMUR- Réanimation</u>	- travaux extension bâtiment - ouverture de 2 (?)lits-portes  - mise en conformité décret 22 mai 2006	- certaine  - haute  - haute	- 2008  - ?  - 2008	- pas d'effectif supplémentaire demandé pour les deux premiers projets  - une IDE SMUR nuit en plus - demande d'un agent d'accueil dédié
<u>Psychiatrie adulte</u>	- ouverture CATTTP	- certaine	- fin 2007	- 1 assistante sociale - 2 IDE - 1 ASH

				- 1 cadre à 50% à recruter
<u>Psychiatrie infanto-juvénile</u>	- ouverture d'un CATTP à Provins	- certaine	- 2008/ 2009	1pédopsychiatre ; 2 psychologues ; 2 éducateurs spécialisés ; 2 IDE éventuellement ; 1 ergothérapeute ou psychomotricien.
<u>Médecine chronique</u>	- ouverture EHPAD privé - ouverture MAS - fermeture USLD et EHPAD sur site d'AL - réouverture service à orientation gériatrique	- certaine - certaine - certaine - haute	- avril 2008 - fin 2008 - 2009 - 2010/2011	- En fonction des prévisions actuelles d'effectifs de la MAS, il resterait après transfert : - 7 IDE - 20 AS - 7 ASH.
<u>Médecine</u>	- construction d'un nouveau bâtiment	- haute	- 2009-2010	- inconnu mais un gain de personnel est espéré, grâce à une meilleure ergonomie des bâtiments
<u>Management</u>	- fermeture de la blanchisserie	-certaine	- 2011	- 11 agents et un encadrant actuellement, 2 chauffeurs dont l'un part en retraite cette année et l'autre est contractuel, 1 poste aménagé : il resterait peut-être 2 à 3 agents max. après fermeture d'AL, pour liaison avec services et couture

**Annexe II : Echancier prévisionnel de la démarche : échancier synthétique :**

	<b>Lancement :</b>	<b>Fin :</b> <b>Echéance de réalisation des objectifs</b>
Volet 1	<p>- <u>Avril 2007</u> :</p> <p>Début de réflexion sur la mise en place de la GPEC et recensement des projets du CHC et de leurs implications en termes de GPEC.</p> <p>- <u>Mai/ Juin 2007</u> :</p> <p>présentation aux instances de la démarche et constitution du groupe de travail recensement des métiers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conseil Exécutif : 11 Mai 2007</li> <li>✓ CTE : 23 Mai 2007</li> <li>✓ Réunion de Cadres : 29 Mai 2007</li> <li>✓ CHSCT : 18 Juin 2007.</li> </ul>	<p>-<u>Fin avril 2007</u> : Réalisation d'un document de 45 pages recensant les projets du CHC, et leurs implications en termes de GPEC.</p> <p>- Recensement des métiers du CHC et diffusion du recueil des agents par métier pour chacun des pôles : <u>août/septembre 2007</u> :</p> <p><u>Etapes</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Désignation d'un cadre référent et d'un suppléant par pôle : 5 Juin 2007</li> <li>✓ Réunion de lancement groupe de travail : 21 Juin 2007</li> <li>✓ Bilan d'étape : Fin Juillet 2007.</li> </ul>
Volet 2	<p>- <u>Septembre/ Octobre 2007</u> :</p> <p>lorsque la phase de recensement des métiers aura été achevée, mais la formation des cadres du CHC à l'évaluation devrait se faire dans le courant de l'année 2007</p>	<p>- <u>Septembre 2008</u> :</p> <p>Echéance prévisionnelle de réalisation des objectifs de ce volet, mais il convient de prendre en compte la faible avancée du travail dans ce domaine au niveau national. Une accélération au niveau national pourrait par conséquent avoir un impact positif sur le délai de mise en place de ce volet de la GPEC au CH de Coulommiers.</p>
Volet 3	- <u>Mai/ Juin 2007</u> :	- <u>Juin/Juillet 2007</u> :

	<p>réalisation des indicateurs DRH</p> <p>Nb : Les tableaux de bord des pôles seront à construire par la suite : <u>2008 :2009</u>.</p>	<p>Finalisation des indicateurs, lesquels doivent être suivis de manière pérenne (le tableau de projection des flux ne pourra cependant être pertinent qu'après deux ou trois ans de recensement des entrées/sorties)</p>
Volet 4	<p>- <u>Septembre 2008</u> : Début du listage des métiers en cours de changement au CHC</p>	<p>- <u>Janvier 2010</u> : achèvement prévisionnel du 4<sup>ème</sup> volet de la démarche GPEC.</p>

### **Annexe III: Fiche de recueil d'information pour le rattachement : salariés – métiers du Répertoire (exemple) :**

Explications relatives à l'utilisation de la fiche de recueil :

Le fichier reproduit en page suivante a été anonymisé. Il s'agit de l'exemple du pôle management. Trois parties sont à distinguer dans ce tableau, que les cadres référents de pôle ont obtenu et qu'ils ont eu à remplir, à l'aide de tous les cadres de leur pôle et de tous les agents dont la classification ne leur semblait pas évidente.

Ce fichier est inspiré de l'exemple donné par l'ARHIF, par le biais du site internet du C2R Santé.

Par rapport à ce fichier de base, deux colonnes, pour la partie réservée aux cadres, ont été rajoutés par le Centre Hospitalier de Coulommiers : une colonne à cocher pour désigner les classifications difficiles, qui ont été examinées lors d'une réunion d'étape, fin juillet 2007, et une colonne plus qualitative.

En effet, une colonne « observations » a été rajoutée, et permet un gain de temps non négligeable par rapport à l'ensemble de la démarche, puisque les cadres sont incités à recenser dans cette colonne toutes les compétences des agents, qui ne sont pas nécessairement utilisées à l'heure actuelle, mais qui pourraient être intéressantes pour le fonctionnement du service ou du pôle. Par exemple, un ambulancier SMUR qui est pompier dans sa vie personnelle, un kinésithérapeute qui parle couramment polonais, ou encore une auxiliaire de puériculture qui a des compétences artistiques, ont ainsi été recensés. Les cadres ont bien entendu été chargés de recenser ces éléments de compétences avec l'accord des agents en question.

Dans cette colonne apparaissent également les restriction d'aptitude temporaires, qui n'entraînent pas de modification en ce qui concerne le métier de base de l'agent (il faut ici rappeler la distinction fondamentale entre restriction temporaire d'aptitude et poste aménagé à long terme pour un agent dont le cas a été examiné en commission de réforme : ce n'est que dans ce dernier cas que le métier de l'agent subit une modification, qui doit dès lors apparaître dans la colonne « intitulé métier », et non dans la colonne prévue pour les observations complémentaires). Bien que le métier de l'agent, qui doit apparaître dans le tableau, reste son métier de base (par exemple pour une aide soignante en restriction d'aptitude de quelques semaines, qui la contraignent à adopter momentanément un métier de coursière, le métier à recenser reste celui d'aide soignante), la restriction d'aptitude, fût-elle temporaire, perturbe l'organisation du service et mérite à ce titre d'apparaître telle qu'elle dans la colonne consacrée aux observations complémentaires.

Fiche de recueil d'information pour le rattachement salariés – métiers du Répertoire

1) Partie pré-remplie par le DRH						2) partie réservée aux cadres						3) Décision de la DRSI		
UF principale	Nom	Prénom	Matricule	Grade	Statut	Intitulé du métier	Intitulé spécifiques	Code métier	Classification officielle	Observations	Avis conforme	Autre intitulé métier	Autre spécificité	Code
DIR SERV TECHNIQUES	MICKY			ANS. CHEF	TITULAIRE									
DIR SOINS INFIRMIERS	FRANÇOISE			INFIRMIER	TITULAIRE									
DIR SOINS INFIRMIERS	BEATRICE			INFIRMIER	TITULAIRE									
FORMATION I.D.E.	SOPHIE			INFIRMIER	TITULAIRE									
FORMATION I.D.E.	VERONIQUE			INFIRMIER	TITULAIRE									
FORMATION I.D.E.	MARTINE			INFIRMIER	TITULAIRE									
CELL QUAL ACCREDIT	JEANINE			INFIRMIER	TITULAIRE									
FORM AIDE SOIGNANT	LAURENCE			INF ANESTH	TITULAIRE									
FORMATION I.D.E.	MARIE CHRISTINE			IB.O.D'E CA	TITULAIRE									
FORMAT AUX PLEURICUL	FRANCOISE			PUERICULT	TITULAIRE									
FORMATION I.D.E.	MARLYNE			PUERICULT	TITULAIRE									
FORMATION I.D.E.	SYLVIANE			INFIRMIER	TITULAIRE									
FORMATION I.D.E.	MARIE NOELLE			INFIRMIER	TITULAIRE									
FORMATION I.D.E.	SYLVIE			INFIRMIER	TITU STAG									
PROMOTION PROFESSIONNELLE	NATHALIE			INFIRMIER	TITULAIRE									
PROMOTION PROFESSIONNELLE	VIRGINE			INFIRMIER	TITULAIRE									
PROMOTION PROFESSIONNELLE	CELINE			INFIRMIER	TITULAIRE									
EQUIPE REMPLACEMENT	MYRIAM			INFIRMIER	TITULAIRE									
EQUIPE REMPLACEMENT	STEPHANIE			INFIRMIER	TITULAIRE									
EQUIPE REMPLACEMENT	ANNE			INFIRMIER	TITU STAG									
EQUIPE REMPLACEMENT	MARIE SUZANNE			INFIRMIER	TITU STAG									
EQUIPE REMPLACEMENT	BENEDICTE			INFIRMIER	TITU STAG									
BUREAU ADMISSIONS	IRISANE			INFIRMIER	TITULAIRE									
FORMATION I.D.E.	GAROLINE			INFIRMIER	TITULAIRE									
CONGES LONGUE DUREE	MARIE ANTOINETTE			Aide-Soignant	TITULAIRE									
ASSISTANTE SOCIALE	VERONIQUE			Aide-Soignant	TITULAIRE									
DIRECTION PERSONNEL	ISABELLE			Aide-Soignant	TITULAIRE									
EQUIPE REMPLACEMENT	MARTINE			Aide-Soignant	TITULAIRE									
EQUIPE REMPLACEMENT	ISABELLE			Aide-Soignant	TITULAIRE									
EQUIPE REMPLACEMENT	CHRISTELLE			Aide-Soignant	TITULAIRE									
EQUIPE REMPLACEMENT	BEATRICE			Aide-Soignant	TITULAIRE									
EQUIPE REMPLACEMENT	PASCAL			Aide-Soignant	TITULAIRE									
EQUIPE REMPLACEMENT	MURIELLE			Aide-Soignant	TITULAIRE									
STANDARD	BRIGITTE			A.S.H. qualif	TITULAIRE									
BRANCARDIERS	BENNE			A.S.H. qualif	TITULAIRE									
BRANCARDIERS	PASCAL			A.S.H. qualif	TITULAIRE									
BRANCARDIERS	J.PIERRE			A.S.H. qualif	TITULAIRE									
BRANCARDIERS	NASSER			A.S.H. qualif	TITULAIRE									
BRANCARDIERS	PATRICK			A.S.H. qualif	TITULAIRE									
BRANCARDIERS	RODIER			A.S.H. qualif	TITULAIRE									
BRANCARDIERS	JEROME			A.S.H. qualif	Contractuel CDD									
BRANCARDIERS	DAVID			A.S.H. qualif	contractuel CDD									
BRANCARDIERS	DAVID			A.S.H. qualif	TITULAIRE									
BRANCARDIERS	LUDDOVIC			A.S.H. qualif	TITULAIRE									
BRANCARDIERS	YAN			A.S.H. qualif	Contractuel CDD									
BRANCARDIERS	REMY			A.S.H. qualif	Contractuel									
BLANCHISSERIE	FABIENNE			A.S.H. qualif	TITULAIRE									
NETTOYAGE CENTRAL	ALAIN			A.S.H. qualif	TITULAIRE									
PROMOTION PROFESSIONNELLE	ANNA			Elève aide-so	STAGIAIRE									
PROMOTION PROFESSIONNELLE	NICOLE			Elève aide-so	STAGIAIRE									
PROMOTION PROFESSIONNELLE	AURELIE			Elève aide-so	STAGIAIRE									
PROMOTION PROFESSIONNELLE	SOPHIE			Elève aide-so	STAGIAIRE									
AMBULANCES	YANICK			Cond Ambul	TITULAIRE									
AMBULANCES	MICHEL			Cond Ambul	TITULAIRE									
AMBULANCES	MICHEL			Cond Ambul	TITULAIRE									
AMBULANCES	CHRISTIAN			CONDUCTEUR	TITULAIRE									
DIRECTION GENERALE	GENESE			ATTACHE AD	TITULAIRE									
DIRECTION FINANCES	JEAN CLAUDE			ATTACHE AD	TITULAIRE									
DIR SERV ECONOMIQUES	MARIE JOSE			ATTACHE AD	TITULAIRE									
DIR SERV TECHNIQUES	YANNICK			ATTACHE AD	TITULAIRE									
DIRECTION PERSONNEL	YANNICK			ATTACHE AD	TITULAIRE									
CELLULE COMMUNIC	CLAUDE			ATTACHE AD	TITULAIRE									
DIRECTION GENERALE	PASCAL			ADJT CADRE	TITULAIRE									
BUREAU ADMISSIONS	ADELYNE			ADJT CADRE	TITULAIRE									
BUREAU ADMISSIONS	CLAUDE			ADJT CADRE	TITULAIRE									
DIRECTION PERSONNEL	NATHALIE			ADJT CADRE	TITULAIRE									
DIRECTION PERSONNEL	JEAN CLAUDE			ADJT CADRE	TITULAIRE									
DIRECTION PERSONNEL	SYLVIE			ADJT CADRE	Contractuel CDD									
CAISSE	FRANCK			ADJT CADRE	TITULAIRE									
EQUIPE REMPLACEMENT	MARIE NOELLE			SECRETAR	TITULAIRE									
DTM	PASCAL			SECRETAR	TITULAIRE									
DIRECTION FINANCES	ADELYNE			Adjoint Adm	TITULAIRE									
DIRECTION PERSONNEL	J CLAUDE			Adjoint Adm	TITULAIRE									
BUREAU ADMISSIONS	MARTINE			Adjoint Adm	TITULAIRE									
BUREAU ADMISSIONS	CHRISTIAN			Adjoint Adm	TITULAIRE									
DIR SERV ECONOMIQUE	NADINE			Adjoint Adm	TITULAIRE									
DIR SERV ECONOMIQUES	ISABELLE			Adjoint Adm	TITULAIRE									
DIRECTION GENERALE	ISABELLE			Adjoint Adm	TITULAIRE									
DIRECTION GENERALE	SANDRINE			Adjoint Adm	TITULAIRE									
DIRECTION FINANCES	ISABELLE			Adjoint Adm	TITULAIRE									
DIRECTION PERSONNEL	LAURA			Adjoint Adm	TITULAIRE									
DIRECTION PERSONNEL	SYLVIE			Adjoint Adm	TITULAIRE									
DIRECTION PERSONNEL	EMILIE			Adjoint Adm	TITULAIRE									
DIRECTION PERSONNEL	MAGALY			Adjoint Adm	TITULAIRE									
DIRECTION PERSONNEL	MARTINE			Adjoint Adm	TITULAIRE									
DIRECTION PERSONNEL	MARIE-FRANCE			Adjoint Adm	TITULAIRE									
CAISSE	ANNA			Adjoint Adm	TITULAIRE									
CAISSE	ISABELLE			Adjoint Adm	TITULAIRE									
DIRECTION GENERALE	FABIENNE			Adjoint Adm	TITULAIRE									
DIRECTION GENERALE	VERONIQUE			Adjoint Adm	TITULAIRE									
BUREAU ADMISSIONS	GAROLINE			Adjoint Adm	TITULAIRE									
BUREAU ADMISSIONS	VALERIE			Adjoint Adm	TITULAIRE									
FORMATION I.D.E.	PASCAL			Adjoint Adm	TITULAIRE									
FORMATION I.D.E.	SANDRINE			Adjoint Adm	TITU STAG									
DIR SERV ECONOMIQUES	ANITA			Adjoint Adm	TITULAIRE									
DIR SERV ECONOMIQUES	JOSIANE			Adjoint Adm	TITULAIRE									
CELLULE DES MARCHES	NATHALIE			Adjoint Adm	TITULAIRE									
CELLULE DES MARCHES	BRIGITTE			Adjoint Adm	TITULAIRE									
CELL QUAL ACCREDIT	FABIENNE			Adjoint Adm	TITULAIRE									
VAGUEMAISTRE	PASCAL			Adjoint Adm	TITULAIRE									
DIRECTION PERSONNEL	PATRICIA			Agent Adm	TITULAIRE									
DIRECTION PERSONNEL	VALERIE			Agent Adm	contractuel CDD									
DIRECTION PERSONNEL	CLAUDETTE			Agent Adm	contractuel CDD									
EQUIPE REMPLACEMENT	ISABELLE			Agent Adm	TITULAIRE									
EQUIPE REMPLACEMENT	FARDA			Agent Adm	contractuel CDD									
EQUIPE REMPLACEMENT	EMANUELA			Agent Adm	contractuel CDD									
DTM	STEPHANIE			Agent Adm	Contractuel CDD									
STANDARD	CLAUDINE			Agent Adm	STAGIAIRE									
STANDARD	DELPHINE			Agent Adm	contractuel CDD									
STANDARD	MYLENE			Agent Adm	contractuel CDD									
BUREAU ADMISSIONS	LILIANE			Agent Adm	TITULAIRE									
BUREAU ADMISSIONS	EVYLINE			Agent Adm	contractuel CDD									
CAISSE	LAURENCE			Agent Adm	Contractuel CDD									
ARCH MED	DANNY			Agent Adm	TITULAIRE									
ARCH MED	JEROME			Agent Adm	Contractuel CDD									
FORMAT AUX PLEURICUL	MARIE FRANCOISE			Agent Adm	Contractuel CDD									
FORMATION I.D.E.	FRANCOISE			Agent Adm	Contractuel CDD									
DIR SERV ECONOMIQUES	VERONIQUE			Agent Adm	TITULAIRE									
DIR SERV ECONOMIQUES	FLORENCE			Agent Adm	TITULAIRE									
DIR SERV ECONOMIQUES	FRANCK			Agent Adm	contractuel CDD									
DIR SERV TECHNIQUES	CORINNE			Agent Adm	TITULAIRE									
CELL QUAL ACCREDIT	MURIEL			Agent Adm	Contractuel									
ASSISTANTE SOCIALE	MARGUERITE			Autonome	contractuel CDD									
STANDARD	ABDEKRHAMANE			Prof standard	TITULAIRE									
STANDARD	CHANTAL			Standardisé	TITULAIRE									
STANDARD	ROSELYNE			Standardisé	TITULAIRE									
STANDARD	MARIE JOSE			Standardisé	TITULAIRE									
BUREAU ADMISSIONS	NATHALIE			Standardisé	TITULAIRE									
ASSISTANTE SOCIALE	MARIE CHRISTINE			ASE ASSIST	TITULAIRE									
ASSISTANTE SOCIAL E	BRIGITTE			ASE ASSIST	TITULAIRE									
DIETETIQUE	SYLVIE			DIETETICIEN	TITULAIRE									
DIETETIQUE	ANNIE			DIETETICIEN	TITULAIRE									
DIETETIQUE	LAETITIA			DIETETICIEN	Contractuel									
INFORMATIQUE	PHILIPP			INGENIEUR	contractuel CDD									
CELLULE BIOMEDICAL	BENOIT			INGENIEUR	TITU STAG									
DIR SERV TECHNIQUES	PASCAL			TECHN. SUP	TITULAIRE									
INFORMATIQUE	BRUNO			TECH MAINT	TITULAIRE									
INFORMATIQUE	LAURENCE			TECH MAINT	contractuel CDD									
INFORMATIQUE	WILLY			TECH MAINT	contractuel CDD									
INFORMATIQUE	JOEL			TECHNICIEN	TITULAIRE									
SECURITE	GILLES			AGENT CHIE	TITULAIRE									
CUISINE	JEAN			CONTRERMA	TITULAIRE									
BLANCHISSERIE	GERALDINE			CONTRERMA	TITULAIRE									
DIR SERV TECHNIQUES	PHILIPP			CONTRERMA	TITULAIRE									
CUISINE	VINCENT			MAITRE OUV	TITULAIRE									
SELF	ROGER			MAITRE OUV	TITULAIRE</									

**Annexe IV : Tableau de bord absentéisme (exemple) :**

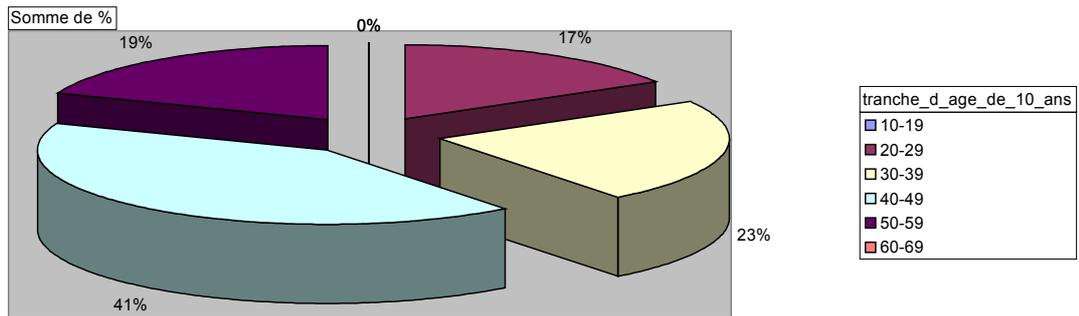
**ABSENTEISME 2006  
PAR POLE ET PAR FILIERE**

(\*) Nb Jrs \* 7,5/1540

Somme de hist. nb jours cons. periode				Mois												Total	ETP(*)
Libellé Pôle	UF d affectation libellé	Corps	nom usuel	hist. type d absence lib	02	03	04	05	06	09	10	11	12	Total			
TRAIT URGEN	S.M.U.R.	AGT ADM	ESPINACO	Maladie		6,00								6,00	6,00		
		IDE	MASSIN	Accident du travail		26,00									26,00	26,00	
			TAMPOIS	Maladie									4,00		4,00	4,00	
			TERRE	Autorisation d'absence				2,00							2,00	2,00	
					Maladie						17,00			17,00	17,00		
	<b>Total S.M.U.R.</b>					<b>32,00</b>	<b>2,00</b>				<b>17,00</b>	<b>4,00</b>		<b>55,00</b>	<b>55,00</b>		
	URGENCES	AS	FRICHE	Maladie							6,00			4,00	10,00	10,00	
			MYRDA	Maladie					66,00	2,00		6,00			74,00	74,00	
			ZUBLENA	Autorisation d'absence			2,00									2,00	2,00
				Maladie							18,00				400,00	418,00	418,00
ASH		GUILLOT	Maladie				10,00		20,00					20,00	50,00	50,00	
		MILLET	Maladie		28,00										28,00	28,00	
IDE		FISCHER	Maladie									11,00	29,00	4,00	44,00	44,00	
		FONTAINE	Maladie		3,00										3,00	3,00	
		LONGUET	Autorisation d'absence		4,00										4,00	4,00	
			Maladie											12,00	12,00	12,00	
				Maladie									5,00	5,00			
				Maladie									1,00	1,00			
				Autorisation d'absence									4,00	4,00			
				Maladie								4,00	4,00	4,00			
<b>Total URGENCES</b>					<b>35,00</b>	<b>2,00</b>	<b>10,00</b>	<b>66,00</b>	<b>40,00</b>	<b>6,00</b>	<b>17,00</b>	<b>37,00</b>	<b>442,00</b>	<b>655,00</b>	<b>655,00</b>		
<b>Total TRAIT URGENCES</b>					<b>35,00</b>	<b>34,00</b>	<b>10,00</b>	<b>68,00</b>	<b>40,00</b>	<b>6,00</b>	<b>34,00</b>	<b>41,00</b>	<b>442,00</b>	<b>710,00</b>	<b>710,00</b>		
<b>Total</b>					<b>35,00</b>	<b>34,00</b>	<b>10,00</b>	<b>68,00</b>	<b>40,00</b>	<b>6,00</b>	<b>34,00</b>	<b>41,00</b>	<b>442,00</b>	<b>710,00</b>	<b>3,46</b>		

**Annexe V : Exemple de pyramide des âges (Pôle Chirurgie) :**

**CHIRURGIES**



pole

## Annexe VI : Tableau entrées/ sorties : (exemple entrées et projection des flux) :

POSITIONS	Précisions	Matricule	Nom	Prénom	Service	Grade	Métier	Statut <sup>(1)</sup>	Date	Réel	Etp
DISPONIBILITE											
DETACHEMENT											
RETOUR MATERNITE											
RETOUR CFP											
ETUDES PROMOTIONNELLES											
RETOUR MALADIE	CLMALADIE										
	CLDUREE										
	MI-TPS THERA										
MUTATION											
AUGMENTATION DUREE DU TRAVAI											
CONTRAT	CDD										
	CDI										
Total flux entrant						0	0			0	0,00

Légende	
code statut	libellé
0 0	titulaire
0 9	titulaire-stagiaire
1 2	stagiaire
2 0 et 2 1	CDI
2 2 et 23	CDD sur postes autorisés
2C, 2F et ZM	CDD de remplacement

Grade : Infirmier		Historique des flux			Simulation des flux			
		2007	2008	2009	Tendance	2010	2011	2012
<b>FLUX SORTANT</b>								
RETRAITE								
DISPONIBILITE								
DETACHEMENT								
CONGE PARENTAL								
MATERNITE								
CFP et VAE								
DEMISSION								
ETUDES PROMOTIONNELLES								
MALADIE	CLMALADIE							
	CLDUREE							
	MI-TPS THERA							
MUTATION								
DIMUNITION DUREE DU TRAVAIL								
FIN DE CONTRAT	CDD							
	CDI							
Total sortant								
<b>FLUX ENTRANT</b>								
DISPONIBILITE								
DETACHEMENT								
RETOUR MATERNITE								
RETOUR CFP								
ETUDES PROMOTIONNELLES								
RETOUR MALADIE	CLMALADIE							
	CLDUREE							
	MI-TPS THERA							
MUTATION								
AUGMENTATION DUREE DU TRAVAIL								
CONTRAT	CDD							
	CDI							
Total entrant								
Solde flux		0	0	0	0	0	0	0
Effectifs T								
Effectifs probables T+								
Besoins annuels estimés								



## Annexe VIII : Guide d'entretien, recherches mémoire

Document de travail

Lauren Rizet, Directeur adjoint stagiaire

Confidentiel

### Entretiens Mémoire GPEC

- Introduction : Présentation, remerciement.

- Faites-vous une différence entre les concepts de GPEC et de démarche métiers – compétences et si oui, lesquelles ?

Quels en sont, à votre avis, les principaux enjeux et objectifs ?

- Volet quantitatif :

Quels **indicateurs** sont incontournables pour passer d'une gestion administrative à une véritable gestion des RH à l'hôpital ?

Y'a-t-il des différences majeures avec d'autres secteurs de la fonction publique (indicateurs)?

Le secteur hospitalier est-il en retard par rapport à d'autres secteurs de la fonction publique en termes de GPEC ?

Quels outils des **systèmes d'information** sont selon vous à privilégier (Logiciel à privilégier ?)

La multiplicité des outils EXCEL n'est-elle pas contre-productive ?

- Volet qualitatif :

Le **répertoire des métiers** :

Quelles sont les limites du Répertoire des métiers de 2004 et quelles sont à votre avis les modifications à attendre du nouveau Répertoire (sortie à attendre fin 2008) ?

Quelles conséquences tirer, au niveau de l'établissement, de l'étude sur l'évolution des métiers de la FPH publiées par la DHOS et des synthèses par métier qui en sont le corollaire?

Faut-il adosser les entretiens d'évaluation aux entretiens de notation ou au contraire séparer les deux ? Qu'attendre des entretiens d'évaluation si le volet compétences de la GPEC n'a pas encore été mis en place dans l'Etablissement ? (modalités : entretiens d'évaluation, de formation et de formation et bilan de compétences).

Quelle place occupent selon vous la formation et l'évolution professionnelle (DIF, VAE, FPC) dans la démarche GPEC ? (Cf. réforme de la formation, changements apportés au décret de 1990). Comment intégrer la formation à la stratégie RH de l'établissement ?

- Où en est-on de la gestion, actuelle et prévisionnelle, des compétences au niveau de l'AP - HP ? Quels sont les établissements pilotes en la matière ?

\*\*\*

- Dans quelle mesure convient-il d'associer les syndicats à la mise en place d'une démarche métiers - compétences ?

- Y'a-t-il des risques à adopter l'approche métiers - compétences (cf. revendications statutaires et salariales des FF dont le métier est désormais reconnu mais ne correspond pas à leur garde ni à leur rémunération) ?

- Combien d'années pour mettre en place une GPEC dans un ES et comment pallier les risques d'essoufflement de la démarche ?

- Quelle place faire à l'agent dans la GPEC, et comment concilier ses objectifs et projets personnels au projet d'établissement, et plus globalement, aux perspectives d'évolution de l'établissement ?

- La démarche GPEC va-t elle véritablement permettre de pallier les difficultés liées aux départs massifs en retraite à venir ? (départ de la moitié des effectifs en 15 ans)

- Quid de la GPEC pour le personnel médical ?

Quelles sont les différences avec la GPEC pour le personnel non médical et quelles difficultés attendre ?

Faut-il les mettre en place parallèlement ou s'atteler d'abord aux personnels non médicaux pour ensuite adapter les outils aux personnels médicaux ?

→ D'autres remarques, conseils ?