



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Date du Jury : décembre 2000

LES EMPLOIS JEUNES A L'HÔPITAL :

**“ENTRE NOUVEAUX SERVICES ET SERVICE PUBLIC
HOSPITALIER, ENTRE NOUVEAUX METIERS ET METIERS
HOSPITALIERS”**

LE CAS DU CENTRE HOSPITALIER DU PAYS D'AIX

Valérie GASSER

Remerciements

Mes sincères remerciements vont à tous ceux qui m'ont aidé et assisté dans ma tâche

Je remercie ainsi :

Monsieur Guy BOUDET, chargé de mission à la direction de l'hospitalisation et l'organisation des soins, qui a accepté d'encadrer mes travaux en tant que directeur de mémoire.

Madame Marie-Antoinette LAMPIS, directeur-adjoint au Centre Hospitalier du Pays d'Aix, en sa qualité de maître de stage, qui m'a guidé et m'a permis de mener directement ce dossier

Monsieur Dominique MAIGNE, directeur du Centre Hospitalier du Pays d'Aix, pour ma liberté d'expression.

Je remercie aussi tous mes interlocuteurs locaux pour leur disponibilité et les renseignements qu'ils m'ont prodigué :

Mmes MASSARO et PASTOR, DRASS Provence-Alpes-Côte d'Azur

M KAPLANSKI, DDASS Bouches-du-Rhône, coordonnateur emplois-jeunes

M VAN DE VOORDE, DDTEFP Bouches-du-Rhône, coordonnateur emplois-jeunes

M BEX, DDTEFP, Coordonnateur emploi-formation Pays d'Aix

M BONNET, directeur de la mission locale du Pays d'Aix

Enfin, je remercie tous les gens qui de près ou de loin m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire, trop nombreux pour être cités ici et plus particulièrement les emplois-jeunes du Centre Hospitalier du Pays d'Aix.

SOMMAIRE

<i>Les emplois jeunes a l'hôpital :</i>	<i>1</i>
<i>“entre nouveaux services et service public hospitalier, entre nouveaux metiers et metiers hospitaliers”</i>	<i>1</i>
<i>le cas du centre hospitalier du pays d'aix</i>	<i>1</i>
INTRODUCTION	1
METHODOLOGIE	4
LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES DANS CE MEMOIRE	5
I Les apports des emplois-jeunes à l'hôpital : intérêt et contraintes du dispositif	6
I.1 Intérêt du dispositif	6
I.1.1 Enjeux du dispositif pour un hôpital	7
I.1.1.1 Les métiers à l'hôpital : quelle place pour les emplois-jeunes ?	7
I.1.1.1.1 Le cadre : la Fonction Publique Hospitalière	7
I.1.1.1.2 Le développement des emplois hors statut	8
I.1.1.1.3 Evolutions	9
I.1.1.2 Innovations du dispositif	9
I.1.1.2.1 Eléments comparés des dispositifs d'emplois aidés	9
I.1.1.2.2 Eléments de comparaison avec les emplois-jeunes exerçant dans des secteurs autres que le secteur sanitaire et social	13
I.1.1.2.3 Souplesse d'application du dispositif dans le secteur hospitalier	15
I.1.2 Présentation du dispositif	16
I.1.2.1 Le cadre légal et réglementaire	16
I.1.2.1.1 La loi et son décret d'application	16
I.1.2.1.2 Le vade-mecum : la circulaire DGEFP 97/25 du 24/10/97	17
I.1.2.1.3 L'application au domaine hospitalier : la circulaire du 12 février 1998	18
I.1.2.2 Cadre juridique applicable aux emplois jeunes	19
I.1.2.2.1 La convention	19
I.1.2.2.2 Le contrat	20
I.1.2.2.3 Le régime juridique de l'emploi-jeune	21
I.1.3 Construction d'un projet emploi-jeune	22
I.1.3.1 Financement	22
I.1.3.1.1 Financement légal et réglementaire	22
I.1.3.1.2 Les compléments	23
I.1.3.2 Animation du dispositif	24
I.1.3.2.1 Au niveau national	24
I.1.3.2.2 Au niveau local	25

I.1.3.3	Circuit d'un projet hospitalier	27
I.1.3.3.1	Elaboration	27
I.1.3.3.2	Instruction et validation	27
I.1.3.3.3	Suivi	28
I.2	Les choix du Centre hospitalier du Pays d'Aix	30
I.2.1	Des enjeux spécifiques	30
I.2.1.1	Contexte local	30
I.2.1.1.1	Présentation de l'hôpital	30
I.2.1.1.2	Une dynamique externe	31
I.2.1.2	Adéquation des emplois-jeunes aux objectifs de l'hôpital	32
I.2.1.2.1	Renouveau de la structure	32
I.2.1.2.2	Politique d'amélioration de la qualité	32
I.2.1.2.3	Existence de besoins émergents non couverts	33
I.2.2	Montage du projet	33
I.2.2.1	Le projet	33
I.2.2.1.1	Contenu	33
I.2.2.1.2	Chronologie	35
I.2.2.1.3	Coût et rapport	36
I.2.2.2	Contraintes et enjeux : une approche sociologique	38
I.2.2.2.1	Les emplois-jeunes confrontés aux emplois statutaires	38
I.2.2.2.2	Les emplois statutaires confrontés à l'innovation sociale	39
II	<i>L'évolution des emplois-jeunes à l'hôpital : une réflexion prospective sur l'avenir de ces emplois et de leurs bénéficiaires</i>	41
II.1	Etat des lieux	41
II.1.1	Bilan	42
II.1.1.1	Inadéquation du projet aux réalités	42
II.1.1.1.1	Ajouts et suppression	42
II.1.1.1.2	Problèmes de rattachement hiérarchique et d'encadrement	43
II.1.1.2	Un ensemble peu homogène	44
II.1.1.2.1	Des profils différenciés	44
II.1.1.2.2	Problèmes liés à la définition des fonctions	45
II.1.1.3	Bilan qualitatif	46
II.1.1.3.1	Recrutement	46
II.1.1.3.2	Motivation	48
II.1.2	Eclairage comparatif des choix du Centre Hospitalier du Pays d'Aix	50
II.1.2.1	Comparaison interhospitalière	50
II.1.2.1.1	Montage des projets	50
II.1.2.1.2	Profils retenus	51
II.1.2.1.3	Statistiques	52
II.1.2.2	Comparaison agrégative	53

II.1.2.2.1	Enquêtes et audits	53
II.1.2.2.2	Commentaires	55
II.2	Solutions de professionnalisation et de pérennisation	57
II.2.1	Eléments incontournables du dispositif	57
II.2.1.1	Les consignes	57
II.2.1.1.1	Définition	57
II.2.1.1.2	Intégration des volets professionnalisation et pérennisation dans le dispositif	58
II.2.1.1.3	Le « Protocole Aubry » du 14 mars 2000	59
II.2.1.2	La question de la validation des acquis et la réforme de la formation professionnelle	59
II.2.1.2.1	Un débat en cours	59
II.2.1.2.2	Les enjeux	60
II.2.1.3	La pérennisation ou la tentative de dégager des identités professionnelles	61
II.2.1.3.1	Outils en cours d'élaboration	61
II.2.1.3.2	Distinction emploi / fonction ou la recherche d'identités professionnelles	63
II.2.2	Un cas pratique : les AMO et les ASET	64
II.2.2.1	L'enrichissement des profils de poste : une première étape	64
II.2.2.1.1	Le cas des AMO	64
II.2.2.1.2	Le cas des ASET	66
II.2.2.1.3	Solutions préconisées	67
II.2.2.2	La formation et l'évaluation : premiers pas vers la professionnalisation	68
II.2.2.2.1	Contraintes	68
II.2.2.2.2	L'offre de formation	70
II.2.2.2.3	L'évaluation : une base pour la validation des acquis	71
II.2.2.3	Quel avenir ?	72
II.2.2.3.1	Pérennité des titulaires dans la structure	73
II.2.2.3.2	Pérennité des fonctions dans la structure	74
	CONCLUSION	76
	BIBLIOGRAPHIE	77
	LISTE DES ANNEXES	81
	ANNEXE 1	
	ANNEXE 2	
	ANNEXE 3	
	ANNEXE 4	
	ANNEXE 5	

INTRODUCTION

“ Vouloir insérer une activité nouvelle dans une organisation, c’est comme vouloir insérer une pierre dans un mur en pierres sèches. Cela suppose que les pierres autour bougent elles aussi, et ceci nécessite une intense activité de communication et de négociation...”

Bertrand SCHWARTZ,
Fondateur de l’association “Moderniser sans Exclure”

Le nouveau programme mis en place par la loi n°97-940 du 16 octobre 1997 relative au développement d’activités pour l’emploi des jeunes s’inscrit dans une logique de rupture. Il permet la création d’emplois de service non marchands liés à la satisfaction de besoins nouveaux, emplois réservés à un public âgé de 18 à 25 ans. Il s’agit, cette fois, de faire émerger de vrais métiers et non des “petits boulots” et de viser un public aux potentialités jusqu’alors négligées. En effet, la jeunesse est parfois synonyme de manque de professionnalisme, de manque de qualification... Le dispositif emploi-jeune de ce fait présente la caractéristique de rompre avec la rationalité économique dominante et avec les anciennes mesures en faveur des jeunes.

L’instauration des emplois-jeunes repose sur un postulat déjà ancien : il existe des besoins sociaux non satisfaits et qu’on ne peut développer faute de crédits publics, besoins que le marché ne peut assurer. Ces besoins existent du fait d’une demande collective (sécurité, environnement, culture...) ou de la non solvabilité d’une partie des demandeurs. Les établissements de santé constituent, dès lors, le cadre privilégié d’expérimentation, compte tenu des contraintes de personnel et des contraintes financières existantes.

En effet, tout d’abord il faut noter que les hôpitaux sont des grands consommateurs de personnel mais aussi de mesures pour l’emploi. Ils sont aussi un acteur impliqué en faveur de l’emploi des jeunes. Un dispositif qui cumulait ces trois caractéristiques avait sa place naturelle à l’hôpital, lieu où existe une forte tradition d’accueil et de formation. L’introduction des emplois-jeunes contribue ainsi à augmenter la diversité des personnels hospitaliers. L’intérêt pour les hôpitaux est de pouvoir recruter des personnels en fonction de leurs besoins propres et d’améliorer ainsi la qualité de son fonctionnement et de ses prestations aux usagers.

Cependant, ce dispositif peut aussi apparaître comme un avatar de la politique de l'emploi. Ainsi, il peut être jugé néfaste. Il marque en effet une intrusion à peine voilée du privé dans la sphère publique. Les emplois-jeunes ne sont pas considérés comme à des métiers nouveaux et émergents mais plutôt des métiers de service à l'utilisateur et au patient disparus faute de moyens. Ils sont en quelque sorte une manière de pallier les carences de personnel sans apporter de solutions fermes. Dans un cadre général, les emplois jeunes suscitent aussi des craintes, craintes pour l'emploi et pour les jeunes.

Néanmoins, si le programme emplois-jeunes balbutie encore, notamment dans les hôpitaux, il représente un atout majeur pour les établissements de soins. Si les besoins émergents ne sont que la résurgence de fonctions autrefois dédiées à du personnel hospitalier, ils permettent néanmoins à l'établissement de santé de répondre aux attentes de ses usagers. Ce dispositif pour la première fois permet aux hôpitaux de répondre à leurs besoins propres.

L'enjeu n'est pas de dresser une liste des avantages et des inconvénients de cette politique de l'emploi. Il s'agit en fait d'observer ce dispositif à l'œuvre dans un département fortement impliqué et dans un établissement de soins fortement mobilisé. Observer l'introduction d'un nouveau dispositif à l'hôpital et surtout ses conséquences, conséquences directes et indirectes sur le fonctionnement, l'organisation et la gestion des ressources humaines.

Comment l'hôpital va-t-il s'approprier ce nouveau programme et les innovations qui en découlent ? En somme, au travers de l'exemple du Centre Hospitalier du Pays d'Aix, il s'agit de cerner l'introduction d'un dispositif nouveau à l'hôpital et les difficultés et enjeux afférents. Quelle est la portée de cette innovation et sa durée de vie en tant que telle d'autant plus qu'il s'agit d'une mutation des ressources humaines, domaine dans lequel l'hôpital pêche à changer ?

Les emplois jeunes représentent en effet une innovation pour l'hôpital, une innovation double. En effet, en premier lieu le dispositif impose des mutations dans l'organisation et le fonctionnement : l'hôpital doit s'adapter et assimiler ce nouveau mécanisme. En second lieu, les emplois-jeunes induisent une mutation dans la gestion des ressources humaines statutaires en ce sens qu'ils modifient les schémas de pensée : la fonction et non plus le métier devient l'élément de réflexion et de gestion. Dans quelle mesure, ces innovations ont-elles été actées par l'hôpital ?

Théoriquement, les emplois-jeunes sont vecteurs de changement ; en pratique, ce changement intervient lentement et difficilement. Ce mémoire doit permettre de distinguer deux aspects, la nouveauté et le système, et ce qui prédomine. Les emplois-jeunes à l'hôpital sont naturellement confrontés à des difficultés qui tiennent à la fois à la structure mais aussi à leur méconnaissance du monde du travail et de la nouveauté du poste.

Outre la capacité d'assimilation de la nouveauté, ce mémoire montrera comment l'hôpital envisage le maintien de ces emplois. A la différence d'autres dispositifs aidés, ces emplois jeunes ont clairement vocation à intégrer l'hôpital par la voie statutaire. Il peut cependant s'agir soit de professionnaliser ces activités et de les inclure dans les métiers hospitaliers soit de professionnaliser les jeunes, à savoir leur proposer d'intégrer la structure par les voies classiques. Cette démarche d'intégration des emplois jeunes ne saurait s'abstraire d'une politique globale de gestion des ressources humaines en matière d'évaluation de compétences et de gestion prévisionnelle des emplois. Il s'agit en effet de veiller à définir les postes de ces nouveaux services.

Ce mémoire est conçu en partie comme le récit d'une expérience. Il fait état des réalisations constatées au cours du stage d'exercice professionnel. Il permet de connaître les difficultés pratiques rencontrées et les remèdes apportés dans un cadre spécifique : celui du Centre hospitalier du Pays d'Aix. Ainsi une première partie aura pour but de décrire le dispositif emplois-jeunes, son intérêt, ses modalités d'application et sa spécificité dans le secteur hospitalier. Cette première partie permet en effet d'appréhender l'utilité d'un emploi-jeune à l'hôpital, le cadre dans lequel il évolue ainsi que les étapes de sa création en général et de cerner la particularité du projet emploi-jeune du Centre Hospitalier du Pays d'Aix, compte tenu des éléments généraux précités. La seconde partie du mémoire aura pour ambition d'actualiser et de relativiser le dispositif emplois-jeunes. Il s'agira en effet de relever les difficultés pratiques quant à l'implantation, la gestion et l'avenir de ces nouveaux emplois en prenant comme référentiel le Centre Hospitalier du Pays d'Aix et les choix qu'il a faits. Cette dernière partie permet de réferer les contraintes qui pèsent sur l'hôpital quand il cherche à innover.

METHODOLOGIE

L'hypothèse de départ a été élaborée lors du premier stage hospitalier dit "stage de découverte". Il s'agissait de cerner les conséquences de l'introduction d'un nouveau dispositif à l'hôpital, en particulier dans le secteur des ressources humaines.

A cette fin, le travail sur le terrain au cours du second stage a été capital et a permis de nourrir ce mémoire. Ce mémoire relate le travail d'acteur qui a été entrepris afin d'intégrer les emplois-jeunes dans la structure hospitalière : le centre hospitalier du pays d'Aix.

Cependant, afin d'éviter une vision hospitalo-centriste et surtout univoque, la rencontre avec d'autres acteurs du dispositif "emploi-jeune" était nécessaire et essentielle. De ce fait, la rencontre de responsables locaux du programme "nouveaux services, nouveaux emplois" en région, dans le département ou dans le bassin Aixois a été source d'information et de confrontation des points de vue. En définitive, ces entretiens m'ont permis de rencontrer les personnes référentes qui avaient, de plus, une connaissance du dossier de l'hôpital d'Aix, en amont et en aval. Dans un souci toujours de mise en perspective, des renseignements qualitatifs et quantitatifs sur d'autres projets "emplois-jeunes" hospitaliers ont été réunis.

Les sources d'information principales ont néanmoins été obtenues via Internet. Internet est un véritable outil de travail, pour les jeunes et pour leurs employeurs. Une liste de sites est d'ailleurs incluse dans la bibliographie. Ces permettent d'actualiser les éléments réglementaires du dispositif (parution de nouveaux textes...), les données statistiques tous secteurs confondus et d'obtenir des informations sur les débats en cours. De ce fait, des éléments ont été réunis en amont du second stage hospitalier tandis que l'actualisation s'est déroulé jusqu'à la phase de rédaction finale.

Enfin, comme dans toute rédaction de travaux de recherche, les centres de ressources documentaires ont été utilisés, à savoir celui de l'ENSP mais aussi celui de "l'Espace Compétences" Provence-Alpes-Côte d'Azur.

En définitive, les ressources documentaires sont très nombreuses sur ce thème mais ils ne permettent souvent pas d'apporter de réponse aux problèmes pratiques. Outre une phase de bilan, ce mémoire retrace les efforts de gestion au quotidien, les difficultés pratiques mais aussi les démarches entreprises afin d'intégrer les emplois-jeunes dans l'hôpital et notamment les outils nécessaires à cette fin. Des outils et des projets ont, de ce fait, été montés au cours du second stage : il en fait état dans ce mémoire.

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES DANS CE MEMOIRE

AFIJ :	Association pour Faciliter l'Insertion des Jeunes diplômés
AMO :	Agent mobile d'orientation
ANFH :	Association Nationale pour la Formation du personnel Hospitalier
ARH :	Agence régionale de l'Hospitalisation
ASET :	Agent de Service et d'accueil d'Etage
CA :	Conseil d'Administration
CDD :	Contrat à durée déterminée
CDI :	Contrat à durée indéterminée
CEC :	Contrat Emploi-Consolidé
CEJ :	Contrat Emploi-Jeune
CES :	Contrat Emploi-Solidarité
CHPA :	Centre Hospitalier du Pays d'Aix
CMLS :	Centre de Moyen et de Long Séjour
CNASEA :	Centre National pour l'Aménagement des Structures des Exploitations Agricoles
CNFPT :	Centre National de la Fonction Publique Territoriale
CTE :	Comité Technique d'Etablissement
DARES :	Direction de l'Animation, de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité)
DDASS :	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDTEFP :	Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
DRASS :	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRETFP :	Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
GPEC :	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
HAD :	Hospitalisation à Domicile
OPCA :	Organisme Paritaire Collecteur Agréé
PACA :	région Provence-Alpes-Côte d'Azur
RTT :	Réduction du Temps de Travail

PREMIERE PARTIE

I LES APPORTS DES EMPLOIS-JEUNES À L'HÔPITAL : INTÉRÊT ET CONTRAINTES DU DISPOSITIF

L'introduction d'un nouveau dispositif à l'hôpital n'est pas nécessairement coercitive. Tel est le cas du programme "nouveaux services emplois jeunes ". Celui-ci a en effet vocation à apporter une réponse aux besoins émergents ou non couverts. Il constitue donc un atout, sous réserve de se conformer à ses particularités.

Atout virtuel pour l'hôpital en général, compte tenu des enjeux et des difficultés rencontrées jusqu'alors dans la gestion des ressources humaines, le dispositif est un atout réel pour le Centre Hospitalier du Pays d'Aix (CHPA).

I.1 INTÉRÊT DU DISPOSITIF

Dans un monde hospitalier structuré, les emplois-jeunes représentent une plus-value indéniable. Ils permettent d'intégrer des personnes qualifiées, formées et ne nécessitant pas un accompagnement social, ce qui diffère des embauches hors statut réalisées jusqu'alors. Bien que le fonctionnariat soit le principe, les exceptions se multiplient : le contexte fait manifestement place aux mutations du statut. Les emplois-jeunes ne sont qu'une illustration de cette tendance. Ils présentent cependant l'avantage de lever les contraintes fonctionnelles et financières sur l'embauche.

I.1.1 Enjeux du dispositif pour un hôpital

I.1.1.1 Les métiers à l'hôpital : quelle place pour les emplois-jeunes ?

I.1.1.1.1 Le cadre : la Fonction Publique Hospitalière

La Fonction Publique Hospitalière comptait dans ses rangs en 1998 quelques 724755 agents dont 665040 uniquement pour la filière sanitaire¹. Ces personnels sont régis par un statut, issu de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits, garanties et obligations de l'ensemble des fonctionnaires et de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 relative précisément à la fonction publique hospitalière. Cette dernière loi a pour vertu d'unifier les textes qui jusqu'alors concernaient les personnels des établissements de santé. En effet les agents hospitaliers ont jusqu'alors relevé du décret-loi n° 55-683 du 20 mai 1955, lui-même mettant fin au régime tiré de la loi du 21 décembre 1941 et du règlement d'administration publique du 17 avril 1943. Si la portée de ces trois textes visait l'harmonisation des emplois et carrières locales, l'unité n'a été véritablement atteinte qu'en 1986. Une homogénéisation entre établissements mais aussi entre fonctions publiques a ainsi vu le jour.

Le statut concerne l'ensemble des établissements hospitaliers et intègre l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, l'Assistance Publique de Marseille, les Hospices Civils de Lyon, de même que certains établissements sociaux relevant de loi du 30 juin 1975. Relèvent donc de ce statut les agents non médicaux au service de ces établissements sous deux conditions : être nommé dans un emploi permanent à temps complet ou incomplet et être titularisé dans un grade de la hiérarchie des emplois.

Le concours est la voie d'entrée principale et légale ; il apporte de plus une garantie d'égalité. L'article 16 du titre 1^{er} du statut dispose en effet que "les fonctionnaires sont recrutés par concours sauf dérogation prévue par la loi ". Ce principe est renouvelé à l'article 29 du titre 4. Les autres voies d'accès n'existent que par défaut, elles sont, de plus, restreintes et réglementées.

Cependant, il faut noter que les établissements hospitaliers sont friands des emplois hors champ statutaire : ils constituent en effet un vivier pour un recrutement ultérieur.

¹ Source D STINGRE [La Fonction Publique Hospitalière](#)

1.1.1.1.2 *Le développement des emplois hors statut*

L'existence de personnels ne relevant pas du statut est un élément inévitable et indispensable. Le développement de nouveaux emplois non prévus dans le référentiel métier est une conséquence de l'évolution du travail dans les établissements de soins. La création d'une main d'œuvre qui permette une plus grande liberté de gestion est étroitement liée aux impératifs de souplesse, d'adaptabilité et de qualité des services.

Le recours à ces catégories de personnel est toutefois réglementé. En effet, le décret n°91-155 du 6 février 1991 fixe les conditions de recrutement s'appliquant aux agents non titulaires. Ainsi le recrutement n'est possible que si :

- il n'existe pas de corps susceptibles d'assurer ces fonctions
- il s'agit de fonctions nouvelles prises en charge par l'administration.
- il s'agit de fonctions nécessitant des connaissances techniques hautement spécialisées.

En parallèle, il est possible de recourir à des personnels hors statut pour assurer le remplacement ou de faire face temporairement à la vacance d'un emploi.

Le recours aux contractuels de droit commun s'est banalisé dans les hôpitaux. Le nombre d'agents contractuels est estimé à 20000 personnes en CDI, soit 3,5 % de l'effectif. 75 % de ces emplois correspondent à des statuts existants. 25000 CDD sont aussi recensés.²

Outre cette main d'œuvre, les établissements ont aussi eu recours à des dispositifs d'insertion. Le rapport public de la Cour des Comptes de 1996 a d'ailleurs noté que dans les services de l'Etat et dans les établissements publics, dont les hôpitaux, ces dispositifs avaient largement fonctionné à "guichets ouverts".

Ainsi, plusieurs types d'emplois aidés ont existé dans les hôpitaux : après les travaux d'utilité collective (TUC) mis en place en 1984, les mesures de retour à l'emploi et de lutte contre l'exclusion ont trouvé de nouvelles modalités. Les dispositifs d'insertion sont essentiellement représentés à l'hôpital par les contrats emploi-solidarité (CES) régis par le décret n°90-105 du 30 janvier 1990, modifié par les décrets n°92-736 du 30 juillet 1992 et n°98-1108 du 9 décembre 1998 puis les contrats emplois-consolidés (CEC) régis par le décret n°98-1109, du 9 décembre 1998 abrogeant le décret n°92-1076 du 2 octobre 1992, modifié, relatif aux emplois consolidés à l'issue des contrats emploi-solidarité. Ces emplois sont utilisés comme main d'œuvre d'appoint dans de nombreux champs hospitaliers, à l'exclusion des domaines médicaux et paramédicaux. Ils sont le plus souvent affectés à des tâches d'agent d'entretien ou de secrétariat (réception des appels, classement...) et n'occupent pas de poste précis. En somme, ils apportent une aide ponctuelle et très ciblée.

² Source D STINGRE , op.cit.

1.1.1.1.3 Evolutions

L'hôpital est un lieu où s'opèrent des mutations notamment au niveau des professions hospitalières. Les besoins évoluent et de même les métiers. Les professions paramédicales évoluent elles aussi, du fait des exigences et de la protocolisation des questions de sécurité, traçabilité des actes et information du patient. Le patient devient le centre névralgique du métier, du moins en théorie.

En parallèle à cette technicisation de l'hôpital, les emplois précaires sont en voie de résorption. Le devenir des dispositifs d'insertion au sein de la Fonction Publique hospitalière en est une illustration. De même, il n'existe plus dans les hôpitaux d'emplois de catégorie D ; tous les personnels ont été reclassés dans la catégorie supérieure. Ceci traduit une démarche sociale à l'hôpital appuyée sur la qualification. Mais cette résorption de la précarité dans les établissements de soins peut être assimilée à la volonté générale de titularisation des personnels non statutaires. Alors que la pression financière incite à stabiliser les recrutements de fonctionnaires, la pression sociale tend à homogénéiser les régimes au sein des hôpitaux. Il y aura cependant toujours des difficultés de cet ordre à l'hôpital indépendamment de la résorption des métiers précaires : en effet, l'amélioration de la politique sociale des hôpitaux favorise la prise en charge des personnels en difficulté, notamment ceux victimes d'accidents ou de maladie et ne pouvant plus de ce fait occuper leur poste. La recherche de postes aménagés pour des agents présentant des pathologies du travail devient davantage un défi social pour l'hôpital.

1.1.1.2 Innovations du dispositif

A la différence des programmes qui ont pu voir le jour jusqu'alors dans les établissements de santé, le dispositif relatif aux "nouveaux services/nouveaux emplois" peut être générateur d'un effet d'aubaine. Il permet d'embaucher un personnel qualifié, formé, en levant provisoirement la contrainte financière. De plus, la spécificité des emplois-jeunes dans le domaine sanitaire et social témoigne de leur pertinence.

1.1.1.2.1 Eléments comparés des dispositifs d'emplois aidés

Ces contrats présentent plusieurs traits communs : ce sont en effet des contrats de droit privé qui supposent une convention entre l'Etat et l'employeur et s'adressent à un public particulier. Néanmoins, un amalgame ne saurait être fait dans la mesure où les contrats

emplois-jeunes (CEJ) ne participent pas de la même démarche tant au niveau du public concerné, que des spécificités des conventions et aides financières ou encore du régime juridique.

Comme leur nom l'indique, les contrats emplois-jeunes visent essentiellement des jeunes de 18 à 25 ans avec une extension aux personnes de moins de trente ans ne bénéficiant pas des dispositions des allocations chômage et aux handicapés de moins de trente ans. Le public reste jeune à la différence des CES et CEC. En effet dans ces contrats, les personnes visées sont explicitement les chômeurs de longue durée et les chômeurs de 50 ans et plus.

Quant à la précarité de ces publics, elle n'est explicite et exclusive que pour les CES et CEC. Le programme "nouveaux services/nouveaux emplois" prévoit des passerelles ponctuelles pour les jeunes titulaires d'un CES ou CEC. Si les textes législatifs et réglementaires prévoient explicitement des facilités pour les jeunes rencontrant des difficultés d'insertion, elles ne sont pas pour autant. Cette considération est subsidiaire dans la démarche, d'autant que les établissements sont maîtres de leur recrutement et qu'il n'y a pas de quotas ni de candidats imposés.

Ces contrats bénéficient d'aides financières du fait d'une participation active de l'Etat. (cf tableau)

Les emplois jeunes sont recrutés sous un régime de contrat à durée déterminée ou indéterminée de soixante mois. L'article 322-4-20-I du code du travail précisant que les collectivités territoriales et autres personnes de droit public ne peuvent conclure que des contrats à durée déterminée, le contrat emploi-jeune dans les hôpitaux est donc un CDD. Par contre, les CES consistent en des CDD d'une durée minimale de trois mois et maximale de douze mois. Ce contrat peut être renouvelé à deux reprises sans que la durée totale n'excède vingt-quatre mois. Quant aux CEC, ce sont des contrats à durée indéterminée ou déterminée de douze à soixante mois. Mais selon les prescriptions précitées, il ne peut s'agir pour les hôpitaux que de contrats à durée déterminée.

La durée du travail des CEJ est un temps plein égal à 39 ou 35 heures hebdomadaires. Le temps partiel, au moins égal au mi-temps, n'est accordé que sur dérogation du représentant de l'Etat lorsque la nature ou le volume de l'activité ne permet pas un temps plein. Le CES est, quant à lui, par nature, un temps partiel. La durée hebdomadaire de travail est en moyenne calculée par périodes de quatre semaines consécutives de vingt heures et ne peut excéder trente-cinq heures par semaine. Cette modification, issue du décret de décembre 1998, traduit les préoccupations de réduction de temps de travail. Par dérogation préfectorale, la durée peut être réduite au maximum à dix heures pour les personnes rencontrant des difficultés. Enfin, la durée hebdomadaire de

travail des titulaires de CEC est au moins égale à trente heures (heures supplémentaires non comprises) et peut être, dans les mêmes conditions, réduites à dix heures.

Tableau synthétique des publics des dispositifs³

	CES	CEC	Emploi-Jeune
AGE	Jeunes de 18 à 25 ans Diplôme de niveau V maximum (CAP, BEP)	Jeunes de 18 à 25 ans Diplôme de niveau V maximum	Jeunes de 18 à moins de 26 ans. Pas de limitation de diplômes
CHÔMEURS	Chômeurs de longue durée Chômeurs de 50 ans et plus Bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique	Chômeurs de longue durée âgés de 50 ans ou plus Personnes inscrites comme demandeurs d'emploi pendant au moins 12 mois durant les 18 mois précédant la date d'embauche Bénéficiaire de l'allocation de solidarité spécifique	Personnes de moins de 30 ans ne bénéficiant pas des dispositions des allocations chômage
DIFFICULTÉS D'INSERTION	Bénéficiaires du RMI (allocataire, conjoint ou concubin) Bénéficiaire de l'allocation de parent isolé	Bénéficiaires du RMI ainsi que leur conjoint ou concubin Bénéficiaire de l'allocation de parent isolé Bénéficiaire de l'allocation veuvage Personnes ne trouvant pas d'emploi ou de formation à l'issue d'un CES (possible pendant 6 mois)	Jeunes titulaires d'un CES ou d'un CEC
AUTRES		Personnes sans emploi rencontrant des difficultés particulières d'accès à l'emploi	
HANDICAPÉS	Handicapés	Handicapés	Handicapés de moins de trente ans

³ Source: JM CLEMENT, Les personnels contractuels de la Fonction Publique hospitalière

Prise en charge financière et bénéficiaires.

	CES	CEC	Emploi-jeune
PRISE EN CHARGE	Trois types : 90 ou 95 % du salaire 85 % 65 %	Prise en charge dégressive par année : de 60 % la 1 ^{ère} année à 20 % la 5 ^{ème} Certaines catégories sont aidées à hauteur de 80 % sur 5 ans.	Forfaitaire. Revalorisée annuellement
PUBLIC	<u>Aide de 90-95 % :</u> Chômeurs de longue durée, inscrits depuis plus de trois ans, Bénéficiaires du RMI sans emploi depuis 1 an Personnes âgées de plus de 50 ans sans emploi de puis 1 an Jeunes de 16 à 25 (programme TRACE).. 85 % : Chômeurs de longue durée ayant 12 mois de chômage dans les 18 derniers mois Bénéficiaires du RMI... 65 %: Personnes de plus de 50 ans Personnes rencontrant des difficultés particulières d'accès à l'emploi	Certaines catégories sont aidés à hauteur de 80 % sur 5 ans Entre autres : Chômeurs de longue durée, inscrits depuis plus de trois ans, Bénéficiaires du RMI sans emploi depuis 1 an Personnes âgées de plus de 50 ans sans emploi de puis 1 an	Tous les publics éligibles au dispositif
VERSEMENT	Mensuel	Mensuel	Aide mensuelle versée à l'avance pendant 60 mois lors de la création du poste

1.1.1.2.2 *Éléments de comparaison avec les emplois-jeunes exerçant dans des secteurs autres que le secteur sanitaire et social*

Les emplois-jeunes dans le secteur sanitaire et social, s'ils présentent une spécificité propre, ne sont qu'une petite partie du dispositif. Représentatifs du programme qualitativement, ils sont loin de l'être quantitativement.

La finalité du dispositif est de créer 3500000 emplois durables.

Plusieurs employeurs majeurs sont à recenser. L'Education nationale arrive en tête, s'étant lancée la première dans le dispositif. En effet, dès la fin de l'année 1997, 21500 embauches avaient été réalisées dont la quasi totalité dans l'Education nationale (collèges et lycées). En parallèle 1082 adjoints de sécurité, recrutés auprès des fonctionnaires des services actifs de la police nationale, ont été mis en place.

Les dernières statistiques en date remontent au 30 juin 2000⁴. Elles font état de 247300 créations de postes pour 252600 recrutements. La décomposition des emplois créés est la suivante : 150300 dans les associations et les collectivités, 75300 dans l'Education nationale, 20000 dans la police et 2000 agents de justice. Au niveau des recrutements, on en dénombre 152900 dans les associations et les collectivités locales, 80000 dans l'Education nationale, 19100 dans la police et 600 dans la justice.

Les établissements hospitaliers sont intégrés dans la branche associations et collectivités. Les emplois jeunes créés dans ce secteur doivent être isolés pour une meilleure appréhension de l'échelle. En 1999, l'objectif était de créer 4800 emplois pour les établissements sanitaires sous dotation globale, un objectif reproduit en 2000. Au 31 décembre 1999, 4479 emplois jeunes étaient recensés dans les établissements publics de santé.

A titre comparatif, à la même date, l'embauche était la suivante⁵ :

Secteur	Effectifs	Pourcentage
Hôpitaux	4479	2%
Associations et collectivités (sauf hôpitaux)	129571	57.3 %
Education nationale	75000	33.1 %
Police	17000	7.5 %
Justice	200	0.1 %
Total	226200	100 %

NB : les hôpitaux représentent 3,45 % du secteur associatif

⁴ Source : site Internet nouveaux services emplois-jeunes www.nsej.travail.gouv.fr

⁵ Idem

Force est de noter que les emplois-jeunes ne constituent pas une catégorie homogène. Le vocable même d'emploi-jeune crée l'ire des jeunes embauchés. Les rencontres nationales de Lille à l'automne 1999 l'ont démontré. Les jeunes tiennent en effet à ne plus être désignés par ce terme, préférant celui de la fonction qu'ils occupent. Par ailleurs le régime dont relèvent ces agents présente des disparités au plan juridique. Leur existence découle d'une politique de l'emploi. Ceci explique les difficultés à déterminer la qualification juridique de ces emplois.

Ainsi, dans le secteur hospitalier en particulier, les emplois-jeunes ont été recrutés pour répondre à des besoins nouveaux ou non satisfaits liés principalement à la satisfaction de l'utilisateur. En ce sens, il est permis de considérer qu'ils répondent à une mission du service public hospitalier. Ils sont cependant contractuels de droit privés alors que la doctrine ou la jurisprudence pourrait naturellement leur conférer une qualité d'agent de droit public. En effet, l'arrêt BERKANI⁶ dispose que "les agents non statutaires travaillant pour le compte d'un service public administratif sont des agents contractuels de droit public, quelque soit leur emploi."

Dès lors, on peut conclure que la loi et la jurisprudence instaurent deux régimes différents, qui plus est, disparates. La loi énonce en effet en son article premier que "les contrats de travail (...) sont des contrats de droit privé", l'article 10 de la même loi dispose que l'Etat peut faire appel à des agents recrutés en qualité de contractuels de droit public. Cette dérogation concerne le ministère de l'Intérieur. Ainsi, les adjoints de sécurité sont des contractuels de droit public.

Outre des différences de régime juridique, la situation des emplois-jeunes présente des disparités selon le secteur d'embauche. Le rapport De Foucauld⁷ préliminaire à la loi sur les emplois-jeunes dégageait six grands secteurs d'embauche dans le domaine des services aux personnes, santé et solidarité.

Il s'agit des activités suivantes :

- Accueil et aide à l'accès aux soins Facilitation des relations entre les différents services hospitaliers et d'assistance à la gestion informatisée
- Accompagnement des malades afin de suppléer leurs handicaps
- Facilitation du retour au domicile à l'issue de la période d'hospitalisation, fonction de technicien d'insertion
- Assistance dans les nouveaux métiers liés à la sécurité sanitaire et à la qualité

⁶ Tribunal des Conflits, 25 mars 1996, BERKANI

⁷ Jean-Baptiste de FOUCAULD, Activités nouvelles et développement de l'emploi pour les jeunes : Services aux personnes, santé et solidarité, juillet 1997

- Aide à l'organisation et à la gestion de nouvelles structures collectives tels que les réseaux de santé.

Pour les centres hospitaliers généraux, la pratique révèle que les embauches concernent essentiellement des postes touchant à trois types d'activités: l'accueil, l'animation et l'accompagnement. Dans les autres secteurs d'application du dispositif, la médiation constitue l'activité dominante.

1.1.1.2.3 Souplesse d'application du dispositif dans le secteur hospitalier

A la différence de certains dispositifs globalisants, le programme emploi-jeune a pour logique d'être décliné au plus près des besoins. Ce sont donc les établissements hospitaliers qui définissent leur projet en fonction de leurs nécessités. La marge de manœuvre dans la création est grande de ce fait.

Il appartient à l'établissement de se lancer dans le programme ou non. Les emplois-jeunes sont une plus-value et non une contrainte. Le calibrage des besoins, à l'origine du projet emploi-jeune, est à la charge de l'établissement. La constitution des profils de postes et des tâches est, elle aussi, laissée à l'appréciation de l'hôpital.

A ce stade, le dispositif présente nombre d'avantages pour les établissements hospitaliers. Il permet de répondre aux besoins émergents ou non satisfaits en différant la contrainte financière. Il est en effet possible à l'établissement de recruter du personnel qualifié sans avoir à en supporter entièrement la charge financière.

De fait, malgré leur faible représentativité, les hôpitaux incarnent tout de même un secteur majeur et très mobilisé.

L' hôpital doit cependant veiller à ne pas reproduire les mécanismes des autres emplois d'insertion : le "droit de tirage" pour les projets emplois-jeunes n'est pas illimité car l'évolution et la pérennisation de ces emplois doit être prise en compte. Le dispositif est en effet très encadré afin d'éviter les dérives.

I.1.2 Présentation du dispositif

I.1.2.1 Le cadre légal et réglementaire

I.1.2.1.1 La loi et son décret d'application

Le dispositif est régi par la loi n°97-940 du 16 octobre 1997 relative au développement d'activités pour l'emploi des jeunes. Le décret n°97-954 du 17 octobre 1997 intervient en tant que décret d'application de la loi.

Le rapport d'information du député Jean-Claude BOULARD présenté à la Commission des Affaires culturelles le 13 octobre 1997 est un bon instrument d'interprétation de la loi. D'ailleurs, la Commission présidée par Claude BARTOLONE a décidé le dépôt du rapport d'information en vue de sa publication le 17 octobre 1997.

Ainsi, ce rapport permet de cerner les principes fondamentaux de la loi dite « loi emplois jeunes ». Ces principes sont au nombre de trois :

- Offrir aux jeunes une place, une perspective, un avenir ;
- Démontrer qu'il existe dans notre société des besoins non satisfaits dans le domaine des activités d'utilité sociale et de proximité ;
- apporter la preuve que notre qualité de vie collective passe par le développement de métiers de service

Il s'agit en premier lieu d'une loi qui rompt avec les politiques traditionnelles de traitement social du chômage. En ce sens, elle tire les leçons de l'expérience en corrigeant les défauts des dispositifs antérieurs. Il s'agit en effet de promouvoir de vrais emplois et non des emplois de substitution, des "petits boulots" comme l'écrit Jean-Claude BOULARD. Le souci de pérennisation de ces emplois tranche avec la précarité du devenir des emplois d'insertion. Enfin, ce dispositif n'est pas discriminant, il s'adresse à un public isolé en termes de tranches d'âge et non de précarité ou de zonage résidentiel.

Par ailleurs, l'utilisation de l'argent public est légitimée par la nécessité de renforcer le travail humain dans les secteurs où il est indispensable.

La loi est aussi innovante par rapport aux mesures antérieures sur l'emploi des jeunes dans la mesure où elle vise à bannir les effets de substitution. Elle vise en effet à créer des activités nouvelles qui se démarquent des missions des collectivités locales et des établissements publics. Il s'agit aussi d'éviter que l'embauche d'un emploi-jeune dans le secteur associatif n'intervienne en remplacement d'un salarié. Enfin, cette loi n'est pas

applicable aux services d'aide aux personnes à domicile. La substitution avec des activités marchandes du domaine sanitaire et social est proscrite.

En définitive, cette loi est une loi de relance par l'emploi. Contrairement à un système qui contribuerait à un financement passif du chômage, cette loi s'inscrit dans une perspective de relance de la consommation et la croissance.

Le travail parlementaire relatif à l'adoption de cette loi a été important. L'essence de la loi a été enrichie, parfois même modifiée, par dix questions qui ont fait l'objet d'amendements adoptés au cours du processus législatif. En définitive, l'esprit de la loi a été modifié par ces amendements. Les passerelles envers les autres dispositifs d'aide à l'emploi ont été multipliées. Le volet " formation " a été accentué bénéfiquement. Mais le programme "emplois jeunes" conserve ses spécificités du fait d'un cadrage précis et strict.

1.1.2.1.2 Le vade-mecum : la circulaire DGEFP 97/25 du 24/10/97

La circulaire DGEFP n°97-25 du 24 octobre 1997 est la circulaire explicative relative au programme "nouveaux services, nouveaux emplois". Cette circulaire prend acte du nouveau modèle de développement prôné par le gouvernement dont un des axes concerne les métiers de demain. Les emplois-jeunes sont naturellement au cœur de ce dispositif.

La circulaire s'articule autour de plusieurs thèmes : s'attaquer au chômage des jeunes en répondant à des besoins non satisfaits, éviter les substitutions d'emplois, professionnaliser ces emplois, construire des partenariats actifs et enfin monter, des procédures simples.

Ce texte a été complété par les circulaires du 16 avril 1998 DGEFP 98/16 (instruction complémentaire relative aux aides au montage et au suivi dans le cadre du programme) et DGEFP 98/17 (professionnalisation des activités développées dans le cadre du programme).

Plus de deux ans après le début du programme est intervenue la circulaire n°2000/14 du 30 mai 2000 portant instruction complémentaire relative au programme "nouveaux services-emplois jeunes". Celle-ci vise l'amélioration du dispositif existant. Elle recadre les modalités de création des nouveaux métiers mais son objectif principal est la consolidation des emplois créés. La circulaire dispose de ce fait de plusieurs outils à l'attention des Directions Départementales du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DDTEFP) et Directions Régionales du Travail de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRETFP) destinés à renforcer la cohérence des démarches de professionnalisation et de pérennisation. Cette dernière circulaire démontre que le programme "emplois-jeunes" est désormais passé dans l'ère de la maturation et de la consolidation.

1.1.2.1.3 L'application au domaine hospitalier : la circulaire du 12 février 1998

Chaque champ d'application du programme, Education nationale, Police, Culture... dispose d'un arsenal réglementaire destiné à compléter et à transposer la loi et son vademecum. Le secteur hospitalier est également concerné.

La circulaire DAS/DH/DPM/DGS n°98-90 du 12 février 1998 est la transposition au champ sanitaire et social du programme emploi-jeune. Elle porte en effet sur la mise en œuvre du dispositif dans les champs de compétences des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) et s'articule avec la circulaire DGEFP du 24 octobre 1997 précitée.

L'enjeu est que les DRASS, DDASS et ARH se mobilisent avec détermination sur le programme " nouveaux services, nouveaux emplois" parce qu'elles "interviennent dans des secteurs essentiels au maintien de la cohésion sociale et de la santé de la population, où se concentrent des besoins non satisfaits ou émergents"⁸.

Elles doivent aussi faire respecter la dimension sociale du programme et la cohérence avec d'autres politiques, notamment hospitalière. Elles doivent assurer la complémentarité avec les professions existantes et veiller à la professionnalisation des activités et à la qualification des jeunes.

Enfin, la circulaire dispose que DRASS, DDASS et ARH doivent aider les employeurs à identifier les sources complémentaires de financement. A cet égard, la note technique du 27 novembre 1998 relative aux dépenses hospitalières encadrées pour 1999 des établissements de santé financés par dotation globale apporte des précisions financières sur les financements du programme emplois-jeunes et les modalités d'allocation aux établissements. Une autre note technique est parue le 16 novembre 1999 et concerne la campagne budgétaire 2000.

Par ailleurs, certaines circulaires relatives au monde hospitalier font une référence explicite aux emplois-jeunes. Ces circulaires disposent en effet que l'action qu'elles préconisent pourra être réalisée à l'aide d'agents sous contrat emploi-jeune. Ainsi la circulaire n° 99-444 du 27 juillet 1999 relative au développement des activités culturelles dans les établissements de santé évoque la possibilité de recourir à un contractuel emploi-jeune afin d'exercer le rôle de responsable culturel au sein d'hôpital. Cette fonction peut donc être exercée aussi bien par un titulaire que par une personne recrutée spécifiquement dans le cadre du programme "nouveaux services, emplois jeunes". De même, la circulaire

⁸ Circulaire DAS/DH/DPM/DGS/DIRMI n°98-90, op.cit.

DGEFP/DGS n° 2000-163 du 27 mars 2000 dispose des conditions de recours aux emplois pour des actions de lutte contre le tabagisme.

I.1.2.2 Cadre juridique applicable aux emplois jeunes

Le dispositif emploi-jeune s'appuie concrètement sur deux documents : d'une part la convention signée entre l'employeur et l'Etat, représenté par le Préfet, et d'autre part le contrat emploi-jeune proprement dit conclu entre le jeune et son employeur. Ces documents, ainsi que le cadre réglementaire, contribuent à donner une assise à la situation de l'emploi-jeune, avec des variantes selon le secteur.

I.1.2.2.1 La convention

La convention de développement d'activité pour l'emploi des jeunes est le document par lequel l'établissement s'engage dans le dispositif. Elle est signée par l'employeur à savoir l'établissement, la collectivité, l'association éligible au dispositif et par le préfet, représentant de l'Etat. Ce dernier, généralement, délègue le directeur départemental du travail de l'emploi et de la formation professionnelle pour mettre en œuvre ces dispositions.

La convention est un document-type, décliné en une succession d'articles, dix au total, ayant chacun un thème particulier.

En premier lieu, il est question du développement de l'activité et de son champ d'action. L'employeur décrit les activités qu'il entend voir se concrétiser en délimitant leur champ. La convention souligne que ces activités ne doivent pas se substituer à des activités existantes dans la structure ou concurrençant des activités réalisées par un autre organisme sur le territoire concerné.

Le deuxième article fait état du nombre de postes à créer pour cette activité. Chaque poste doit être défini par un profil précis qui décrit l'activité, sa localisation, la durée de travail hebdomadaire. La convention dispose du délai imparti pour la création des postes, douze mois au maximum. Le calendrier fixant la date à laquelle le poste sera pourvu peut être joint à titre indicatif.

L'article trois vise les conditions d'embauche, type de contrat de travail, application des conventions collectives, temps de travail... L'employeur s'engage, pour procéder aux recrutements des postes à pourvoir, à déposer les offres d'emploi à l'ANPE et à collaborer avec le réseau des missions locales et des PAIO.

L'article quatre définit la professionnalisation de l'activité. Les actions nécessaires devront être explicitées.

L'article cinq concerne l'aide de l'Etat au titre du dispositif, une aide évolutive. (cf infra)

Les articles suivants, six et sept, stipulent les conditions de suspension et de versement de l'aide.

L'article huit dispose des conditions de résiliation de la convention. Celle-ci peut être rompue par l'employeur dans la mesure où il rencontre des difficultés dans la mise en place et l'application de la dite convention. Le préfet peut, pour sa part, la résilier si des manquements sont constatés dans ses clauses mêmes ou s'il constate trop d'infractions à la législation du travail. Il pourra, dans ces circonstances, demander le versement du trop-perçu.

L'article neuf traite des dispositions générales. Figure dans cet article l'idée que le développement des "nouveaux services-nouveaux emplois" ne doit pas se faire au détriment des dispositifs d'insertion déjà en place. En vue du respect de ses engagements, l'employeur est tenu de produire annuellement un bilan de l'exercice de l'activité, comprenant notamment une analyse des résultats comparés aux objectifs quantitatifs et qualitatifs décrits dans le dossier, un bilan comptable relatif à l'activité, un bilan prévisionnel pour l'année suivante. L'employeur devra, pour cela, faciliter les démarches de contrôle de l'autorité administrative en produisant les documents nécessaires et, le cas échéant, en se soumettant à toute demande d'audit de l'administration.

Le dernier article dispose des modalités de suivi de la convention.

Cette convention concerne tous les employeurs du secteur associatif, collectivités et établissements publics. Quelques rares modifications ont été apportées pour les établissements hospitaliers. En effet, ces derniers ne bénéficient pas du choix entre les modalités du CDI et celles du CDD ; ils sont tenus de conclure un CDD de 60 mois avec le jeune.

1.1.2.2 Le contrat

Le contrat emploi-jeune est le contrat de travail avec ses droits, obligations et ses spécificités tirées de la loi. C'est un contrat de droit privé.

En milieu hospitalier, le contrat est obligatoirement un Contrat à durée déterminée (cf supra).

Le contrat a une durée de soixante mois. Il comprend une période d'essai d'un mois renouvelable une fois. Outre les cas de rupture anticipée de droit commun (accord des parties, faute grave ou force majeure), le contrat peut être rompu à chaque date anniversaire. En fait, le dispositif favorise le jeune. En effet, la rupture par le jeune prend un sens positif car elle est liée à la perspective d'un autre emploi. Dans cette hypothèse, le jeune peut suspendre son contrat avec l'accord de son employeur pour effectuer sa période

d'essai. En cas d'embauche, le contrat est rompu sans préavis. Le jeune doit respecter un préavis de deux semaines si la rupture ne s'accompagne pas d'un autre emploi.

Les modalités de rupture par l'employeur sont plus strictes. L'employeur doit en effet justifier d'une cause réelle et sérieuse, respecter la procédure de licenciement individuel, à savoir convocation à l'entretien préalable, entretien puis notification de la rupture. Le jeune a droit à une indemnisation égale à 6 % de la rémunération brute perçue depuis le début du contrat. Du côté de l'employeur, l'emploi aussi est le déterminant privilégié. En effet, en cas de rupture avant le terme du CDD, l'employeur peut conclure pour le même poste un nouveau CDD dont la durée sera égale à celle de versement de l'aide restant à courir pour le poste considéré.

Ainsi les éléments tirés du contrat de travail, de la convention et du cadre légal et réglementaire du dispositif, concourent à définir une situation juridique protégée de l'emploi-jeune.

1.1.2.2.3 Le régime juridique de l'emploi-jeune

Le bénéficiaire d'un emploi-jeune relève d'un régime de droit commun. De ce fait, l'environnement statutaire public dans lequel il évolue ne lui est pas applicable. Les contrats emplois-jeunes ont, dans les milieux soumis au droit du travail, accès aux avantages de la convention collective. Dans les centres hospitaliers, les emplois-jeunes ne peuvent bénéficier des avantages accordés aux agents ni à d'autres contractuels. Ce sont des contractuels de droit privé, qui se différencient vraiment des autres salariés de la structure par leur spécificité propre.

Ils sont, en définitive, les "parents pauvres" des avantages sociaux de la Fonction Publique Hospitalière mais aussi "parents pauvres" des autres emplois-jeunes embauchés dans des structures sous convention collective et qui bénéficient des avantages qui y affèrent.

Quelques éléments d'illustration

La durée de travail est, de par la loi, celle d'un temps plein équivalent à 39h ou 35h par semaine. Le groupement d'employeurs est la seule possibilité non dérogoratoire pour un employeur de recruter un agent à temps incomplet. Une dérogation préfectorale peut intervenir mais, dans ce cas, l'aide de l'Etat ne pourrait être obtenue dans son intégralité.

Les emplois-jeunes ont droit à 2,5 jours de congés annuels par mois de présence. Il s'agit en fait d'un décompte, la totalité des congés ne pouvant être atteinte que le 31

décembre de l'année. Des dérogations peuvent être accordées, notamment dans les hôpitaux, afin que les recrues puissent disposer de congés en été d'une durée raisonnable, au minimum d'une quinzaine. C'est une mesure d'harmonisation avec les autres contractuels et avec les agents de l'établissement. Cet argument procède du fait que les emplois-jeunes ont été recrutés pour cinq ans, qu'ils sont maintenus dans cet emploi et que l'aide de l'Etat est versée en conséquence. L'hôpital a cependant adapté le droit des emplois jeunes à son mode de gestion. En effet, les congés annuels dans un établissement public de santé sont décomptés en année civile, ce qui diffère du droit commun. Or, les emplois-jeunes devraient être régis par le droit commun.

Les emplois-jeunes bénéficient du régime de protection maladie de droit commun et sont assurés socialement. Pendant les congés maladie, ils sont rémunérés par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et non par l'établissement. Alors que le bénéficiaire d'un emploi-jeune relève de la couverture sociale de l'ensemble des salariés de l'établissement où il travaille, cette mesure ne lui est pas applicable dans les établissements hospitaliers.

I.1.3 Construction d'un projet emploi-jeune

Le montage d'un projet emploi-jeune nécessite la maîtrise de plusieurs éléments. Le financement est important pour la solvabilité du projet. La connaissance des acteurs et donc des interlocuteurs est aussi importante au vu de l'aide potentielle qu'ils peuvent apporter. Enfin la connaissance du circuit par lequel le projet devra transiter est nécessaire à sa construction et à son aboutissement.

I.1.3.1 Financement

I.1.3.1.1 Financement légal et réglementaire

Les emplois-jeunes sont financés à hauteur de 80 % du SMIC par l'Etat. C'est le Centre National pour l'Aménagement des Structures des Exploitations Agricoles (CNASEA) qui a été désigné comme organisme gestionnaire des fonds. Cet organisme a déjà été mandaté pour la gestion d'autres crédits de ce type. Ces fonds se concrétisent en une aide mensuelle versée à l'avance pendant 60 mois lors de la création du poste. Ce financement des emplois par l'Etat est exclusif. En ce sens, il ne peut y avoir sur ces postes d'autres aides de l'Etat, de même que l'exonération totale ou partielle des cotisations patronales de sécurité sociale. Un complément de financement peut intervenir mais sa source ne doit pas être l'Etat.

Initialement, l'aide de l'Etat s'élevait à 92000 F annuels. Elle a connu plusieurs revalorisations. Celles-ci sont annuelles et correspondent aux augmentations du SMIC. Ainsi au 1^{er} juillet 1998, l'aide était de 93840 F et de 95000 au 1^{er} juillet 1999. La dernière modification en date remonte au 1^{er} juillet 2000 et porte le montant de l'aide à 98043 F.

1.1.3.1.2 Les compléments

Le financement de l'Etat, pour important qu'il soit, ne couvre pas la totalité du financement d'un poste. Dans un contexte où les crédits de personnels sont restreints, il peut paraître délicat de demander à un établissement de santé d'autofinancer la part restante. C'est là d'ailleurs, souvent, une des critiques majeures et un des obstacles à la création de ces nouveaux services. Les établissements argumentent en effet que leurs besoins en personnel touchent d'abord les emplois statutaires. Si un tiers du financement complémentaire est assuré avec les moyens propres de l'établissement, d'autres acteurs interviennent pour supporter tout ou partie de cette charge. Les établissements n'endossent jamais la totalité de la charge des 20 % du SMIC restants. Les crédits dégagés le sont généralement pour les emplois rémunérés au-delà du SMIC et pour pourvoir la part restante en dehors de toutes les aides potentielles. Les employeurs sont aussi invités à ne pas négliger les possibilités de financement liées à la participation des usagers au service rendu.

Cependant, dans la grande majorité des cas, ce sont les Agences Régionales de l'Hospitalisation qui accordent tout ou partie des financements complémentaires des établissements hospitaliers. Une dotation spécifique est en effet prévue au niveau des ARH. Il ne s'agit pas d'un droit ouvert, les ARH ayant un droit de regard en opportunité sur les crédits accordés. C'est le "réfèrent emplois-jeunes" des DDASS qui doit leur fournir ces renseignements. Ainsi les ARH doivent s'assurer de la solvabilisation du poste pour la durée du contrat. Elles doivent aussi veiller à la cohérence du projet avec la politique régionale qui est mise en œuvre ; notamment elles doivent éviter les contre-indications avec les opérations de modernisation du tissu hospitalier.

La note technique du 27 novembre 1998 relative au financement des établissements sous dotation globale apporte des précisions pour 1999. Ainsi, les financements seront répartis dans chaque région selon une clé de répartition déjà utilisée en 1998. Cette clé de répartition correspond au rapport entre le nombre de jeunes de 20 à 24 ans et le nombre de jeunes au chômage dans la zone concernée. Des financements complémentaires ont été dégagés pour que chaque région dispose ainsi à l'origine d'un financement de 23460 F par emploi-jeune créé.

L'allocation aux établissements eux-mêmes est laissée à l'appréciation des ARH. Les ARH doivent juger en opportunité de l'attribution des crédits selon les capacités de financement des établissements en cohérence avec les contrats d'objectifs et de moyens signés par les établissements. Ainsi les ARH peuvent ou non financer

- la part restante des rémunérations supérieure au SMIC
- les frais de formation d'adaptation à l'emploi
- les frais de formation qualifiante
- les frais de première installation
- les frais de fonctionnement courant
- les charges parafiscales

Le 16 novembre 1999, une note technique indiquait la conduite à tenir pour la création d'emplois-jeunes dans le cadre de la campagne budgétaire 2000. La même démarche est poursuivie avec l'octroi de financements complémentaires spéciaux pour 2000.

I.1.3.2 Animation du dispositif

I.1.3.2.1 Au niveau national

Le programme Emploi-jeunes repose sur une collaboration interministérielle. Ceci est d'autant plus notable qu'il a été initié et piloté par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Or ce ministère a plusieurs branches : la santé, le social, le travail, la ville, l'économie solidaire et la famille. Il était normal que le dispositif soit relayé dans ces secrétariats d'Etat. Mais la collaboration et la facilitation du dispositif est plus large : elle concerne aussi les ministères de l'Education nationale, de l'Intérieur, de la Justice, de la Culture....Le programme est véritablement transversal ; c'est pourquoi il nécessitait des organes d'animation.

Ainsi une mission nationale d'appui "nouveaux services, emplois jeunes" a été mise en place dès le 1^{er} septembre 1997 auprès du Cabinet de la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité. Sa mission, en amont du vote de la loi, était d'amorcer une mobilisation sur le terrain accompagnant le débat parlementaire. Elle devait ainsi mobiliser les réseaux associatifs et les grands employeurs publics, préparer l'entrée des services déconcentrés dans l'action, sensibiliser les collectivités locales et favoriser leur implication dans l'emploi des jeunes. Elle a ainsi permis en 1998 de préparer la mobilisation des collectivités et la signature des premiers contrats d'objectifs. Elle a conduit à négocier les accords-cadres nationaux avec les grandes associations, organismes et réseaux. Elle a contribué à mettre en place des outils d'animation, d'échanges et de pilotage du programme ainsi qu'à fournir

un appui permanent à la mise en œuvre du programme (charte pour l'intervention des organismes de conseil, vade-mecum du pilote local, brochures "grand public de témoignages et de bilan").

La mission nationale d'appui avait un rôle en amont du programme ainsi qu'un rôle d'accompagnement des débuts. En 2000, le programme a évolué, il est dans une phase de maturation. De ce fait, la démarche interministérielle véritable a été mise en place en juin 1998. Une cellule nationale d'appui et d'animation de la professionnalisation a été créée sous l'égide de la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle. Les objectifs de cette cellule sont triples :

- Fournir un appui aux plates-formes régionales en vue de la mise en œuvre d'un plan d'action en direction des employeurs et des jeunes.
- Identifier de nouvelles configurations de métiers à partir des remontées des travaux régionaux
- Contribuer à la reconnaissance sociale des nouvelles qualifications dans une perspective de certification.

1.1.3.2.2 Au niveau local

Le niveau local retranscrit fidèlement les dispositifs d'animation existant au niveau national.

Deux modalités d'animation du dispositif existent : animation par les ministères et pilotage local.

Les ministères de l'Education nationale et de l'Intérieur gèrent directement la création des emplois-jeunes. Le volume de postes à pourvoir dans les zones prioritaires est décidé au niveau national, à charge pour le niveau local d'affecter les postes en fonction des besoins.

En parallèle, le programme connaît un pilotage local hors ministères. A cette fin, le territoire a été découpé en 565 zones sur des critères similaires à ceux des bassins d'emploi. Ce découpage s'appuie aussi sur les zones d'intervention d'autres dispositifs. L'animation du dispositif dans ces territoires est assurée par un pilote, le plus souvent membre du corps préfectoral.

Le dispositif induit la collaboration des services déconcentrés de l'Etat. Ceux-ci sont chargés en premier lieu de relayer l'information en provenance de leurs ministères de tutelle.

La région Provence-Alpes-Côte d'Azur a initié un dispositif dynamique. Ainsi la plate-forme de professionnalisation, organe d'animation régional, a été mise en place en juillet

1998. Elle est organisée en concertation avec les acteurs régionaux. Sa composition en effet intègre des membres de la préfecture de région, du service public de l'emploi, des ministères concernés, du Conseil Régional, de l'Education nationale mais aussi des partenaires sociaux, des experts et des personnalités qualifiées. Afin de rendre opérationnel ces orientations, cet organe a décidé de s'appuyer sur le "pôle opérateur permanent emplois-jeunes" de l'"espace compétences". La spécificité de cet organisme au sein des 22 existantes est de ne pas dépendre de l'Association pour la Formation Professionnelle des Adultes (AFPA).

L'"espace compétences" est un montage régional qui agit en faveur de l'insertion et de la formation des jeunes. Il a une vocation de documentation. L'opérateur permanent a des missions plus techniques. Auprès de la plate-forme régionale de professionnalisation, il joue plusieurs rôles. En premier lieu, il capitalise l'ensemble des initiatives régionales et départementales dans le domaine de la professionnalisation. Il est destinataire des informations et des productions sur ce thème qu'il se charge de diffuser et de mettre en ligne sur le site internet. Il doit aussi mettre à disposition l'ensemble de ces informations au sein de son centre de ressources, situé à Aubagne dans les Bouches-du-Rhône. L'"opérateur permanent" produit, recense et collecte des outils et des méthodes au bénéfice des animateurs du dispositif, des employeurs et des jeunes. Il est chargé d'organiser ou de co-organiser au plus près des acteurs de terrain des ateliers, rencontres et groupes de travail. Il constitue en définitive un appui de proximité.

La proximité est capitale : c'est un élément incontournable du programme "nouveaux services emplois jeunes". Le dispositif emplois-jeunes doit avoir un maillage resserré afin d'être au plus près des besoins des interlocuteurs. Ainsi, le programme est "pilote" localement. Dans le département des Bouches-du-Rhône, la configuration du dispositif est la suivante : le département a été divisé en six comités d'instruction locaux, les sous-préfets étant pilotes de chacune de ces zones : c'est le cas de la zone d'Aix-en-Provence. Ces comités sont chargés de vérifier la conformité du dossier au cadre légal et réglementaire ainsi qu'à l'esprit du dispositif ; ils intruisent les dossiers et donnent leur avis. En cas de difficultés, ils transmettent les projets posant problème aux coordonnateurs Emploi-Formation ou aux Ingénieries Départementales. La DDTEFP est référencée comme la structure d'instruction départementale, chargée d'apprécier la conformité et la mise en cohérence avec la politique départementale. La DDASS n'est pas sensée être impliquée ; elle l'est cependant pour les "gros porteurs de projet" et a fortiori pour les établissements de santé. Elle est ainsi impliquée en amont pour les dossiers hospitaliers.

Des ingénieries départementales ont été commanditées par la DDTEFP. Sept cabinets sont de fait susceptibles d'intervenir sur la filière sanitaire et sociale afin d'apporter

une aide au montage des projets. Aujourd'hui il faut noter que les besoins d'ingénierie se font davantage ressentir au niveau de l'évaluation et du suivi des projets.

Dans les Bouches-du-Rhône, les services déconcentrés sont très mobilisés sur le dispositif emplois-jeunes, au-delà de leur simple rôle administratif. La démographie et l'économie du département sont les principales justifications de l'investissement des services déconcentrés de l'Etat. Ainsi, DDASS et DDTEFP ont mis en place des réunions d'information sur le dispositif. En particulier, la DDASS a réuni l'ensemble des directeurs d'établissements hospitaliers et des directeurs des ressources humaines du département. Un courrier a été adressé aux établissements de soins publics, précisant les priorités de la DDASS.

1.1.3.3 Circuit d'un projet hospitalier

1.1.3.3.1 *Elaboration*

Les établissements hospitaliers doivent faire l'état de leurs besoins. Ils élaborent à cette fin un projet emploi-jeune qui sera soumis à concertation interne et validation par les tutelles et correspondants emplois-jeunes. En général, ce projet est soit construit par la direction seule soit en collaboration avec les partenaires sociaux, selon le degré de participation existant dans l'établissement. En général, ce projet s'appuie sur les travaux de référents spécialement mandatés ou bien sur les résultats de groupes de travail chargés d'autres projets (projet d'établissement, démarche qualité, GPEC....). La demande de création d'emplois-jeunes doit avoir pour point d'ancrage un besoin, un manque voire un dysfonctionnement. Le moyen le plus simple de les recenser est de partir des travaux déjà réalisés. Le profil de poste de l'emploi-jeune sera donc bâti en conséquence, soit comme un correctif, soit comme une amélioration, dans tous les cas, dans un sens de remède.

Des sociétés de conseil ont été conventionnées, département par département, afin d'apporter leur aide aux employeurs. Chaque secteur d'activité a été isolé afin que les organismes disposent de l'expertise technique adaptée. Dans le secteur hospitalier peu la sollicitent.

1.1.3.3.2 *Instruction et validation*

La DDASS intervient auprès de l'hôpital porteur d'un projet emploi-jeune. Outre les conseils au montage, elle intervient afin de trouver des financements complémentaires. La

DDASS est surtout présente au travers de son “correspondant emploi-jeune” qui valide les projets et suit leur évolution.

La DDTEFP instruit et valide les dossiers conformément à la réglementation. Elle a aussi son référent emploi-jeune. La participation de la DDASS est subsidiaire en règle générale mais dans le département et dans le champ hospitalier, son avis est requis. L'établissement a ainsi plusieurs possibilités pour transmettre son dossier emploi-jeune. Il peut l'adresser aux coordonnateurs emplois-jeunes de la DDASS ou de la DDTEFP. En toute état de cause, l'avis de l'inspecteur de la DDASS chargé du contrôle de cet établissement sera demandé. En définitive, un projet “emplois jeunes” hospitalier devra être instruit et validé à la fois par la DDTEFP et par la DDASS.

Le contenu des postes et le contenu des projets doivent être analysés selon des grilles précises, généralement extraites de textes réglementaires. Ainsi, les projets seront agréés sous réserve qu'il n'y ait pas de risque de substitution avec un emploi existant ou avec une activité du secteur marchand, que le financement soit assuré et que l'activité proposée soit clairement détaillée. Des perspectives de professionnalisation doivent obligatoirement figurer dans le dossier.

Dans le domaine hospitalier, l'accent est mis sur l'humanisation, l'accueil et l'orientation, secteur où existent des lacunes. La sécurité et l'accueil du patient, de même que l'amélioration du fonctionnement hospitalier, sont les critères particuliers d'éligibilité des projets emplois jeunes. Outre ces critères, les DDASS examinent les projets emplois-jeunes en fonction de leur articulation avec d'autres domaines de la politique sanitaire, notamment la réduction du temps de travail ou bien l'accès aux soins des plus démunis. Le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales a adressé un courrier aux établissements, explicitant les axes recherchés de création d'emplois jeunes. Les critères d'appréciation de la DDTEFP dans les Bouches du Rhône se résument pour l'essentiel à la non substitution d'emplois et à la non-concurrence avec des activités du secteur marchand.

1.1.3.3 Suivi

Le suivi est organisé essentiellement de manière statistique afin de dresser des bilans qualitatifs et quantitatifs des emplois créés. Cette démarche se répète à plusieurs niveaux selon des axes assez identiques. Ainsi, la société OBEA a été mandatée par la Direction des hôpitaux afin de réaliser une étude nationale des emplois-jeunes créés dans la filière sanitaire et sociale (cf infra).

Des expertises ponctuelles ont été menées dans les hôpitaux et dans d'autres établissements dans les premiers temps de la mesure, essentiellement pour veiller à la non-

substitution d'emploi. Le suivi de chaque emploi créé par la DDTEFP est matériellement impossible bien que souhaitable.

Outre les enquêtes nationales et régionales (travaux des ingénieries, enquêtes ARH...), les employeurs ont été soumis à une opération de suivi originale : l'opération "visite sur site". Elle a été menée en 1999 sur l'ensemble du territoire régional et en direction des porteurs de projets cibles de la plate-forme régionale de professionnalisation. Le CHPA était l'un des terrain d'enquête sur les 128 de l'échantillon. Le but premier de l'opération était de connaître la réalité du terrain près de deux ans après le début de la mesure. D'autres éléments ont aussi pu aboutir grâce à cette enquête, notamment le renforcement du lien entre les enquêteurs coordonnateurs emploi-formation, membres des services déconcentrés de l'Etat, des ingénieries régionales. Ces visites sur site peuvent être considérées pour les établissements de l'échantillon comme des actions de suivi personnalisées, d'autant plus qu'elles ont vocation à être poursuivies pendant toute la durée du dispositif.

Les emplois-jeunes sont donc une plus value pour les employeurs. Ces emplois sont strictement encadrés, contrôlés, suivis afin de ne pas constituer une main d'œuvre au rabais. Dans ce cadre, comment le centre hospitalier du Pays d'Aix s'est-il approprié le dispositif ?

I.2 LES CHOIX DU CENTRE HOSPITALIER DU PAYS D'AIX

Alors que l'introduction d'un nouveau dispositif à l'hôpital est souvent à sens unique, le cas des emplois-jeunes tend à prouver le contraire. Il s'agit en effet d'une démarche volontariste et personnalisée. Le CHPA a évolué dans un contexte favorable, qu'il a cependant dépassé, étant un des plus gros créateurs d'emplois-jeunes des hôpitaux de la région, en tout cas le premier à agir dans le département. Bénéficiant d'une dynamique externe, le projet emplois-jeunes du CHPA s'inscrit en parfaite adéquation avec les objectifs et la stratégie de l'établissement, dont l'accréditation. Les arbitrages ont donc été faits en fonction de ces axes, ce qui n'a pas exclu des difficultés dans le montage de l'opération.

I.2.1 Des enjeux spécifiques

I.2.1.1 Contexte local

I.2.1.1.1 Présentation de l'hôpital

Le centre hospitalier du Pays d'Aix est un établissement MCO⁹ de 804 lits et places. Il s'agit donc d'un hôpital important, le deuxième du département. Le Centre hospitalier d'Aix-en-Provence a en effet pour inconvénient et avantage à la fois d'évoluer dans le sillon de l'Assistance Publique de Marseille, hôpital multisites universitaire de référence.

Néanmoins, malgré cette proximité et cette concurrence, l'hôpital est très attractif. Il accueille plus de 95 % des habitants de la zone sanitaire d'Aix-en-Provence dont 64 % d'Aixoïis. Plusieurs éléments sont à mettre à son actif :

- La mise en service d'une nouvelle aile, abritant la majorité du plateau technique en 1997
- Un service d'accueil des urgences prochainement labellisé S.A.U, travaillant en collaboration avec le SMUR et avec une équipe psychiatrique détachée spécialement du centre hospitalier spécialisé.
- Les services médicaux et chirurgicaux de l'hôpital permettant une prise en charge quasi exhaustive pour un établissement non universitaire, sous des modalités différentes : consultations, séances, hospitalisation de jour, hospitalisation à domicile et complète.
- Enfin l'accréditation de l'établissement le 14 juin 2000, premier établissement public

⁹ L'appellation Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) s'applique aux établissements de santé intervenant, entres autres, dans les disciplines précitées.

En définitive, avec ses 1697 agents, le Centre Hospitalier du Pays est un hôpital en pleine expansion. Il rencontre de ce fait des problèmes dus à son activité et à une croissance non proportionnée des moyens budgétaires. Eu égard à son activité externe (131859 consultations en 1999) et au nombre de journées d'hospitalisation (193798 pour les hospitalisations complètes en 1999), le budget global de 694 millions est en effet insuffisant. Malgré le dynamisme du CHPA, les difficultés financières entravent les actions correctives et amélioratrices destinées à accompagner la progression d'activité. Le différé financier et les potentialités des emplois-jeunes sont, de ce fait, très opportuns pour le CHPA.

1.2.1.1.2 Une dynamique externe

Le centre hospitalier du Pays d'Aix a, de plus, évolué dans un contexte favorable à l'implantation des emplois-jeunes. Le dernier bilan en date remonte au 31 décembre 1999¹⁰. De janvier à décembre, ce sont 2506 conventions qui ont été signées générant 5009 emplois en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Depuis novembre 1997, date du démarrage opérationnel du programme dans la région, 5124 conventions ont été recensées représentant 11263 emplois. Ces emplois n'incluent pas les recrutements de l'Education nationale et de la police. Avec 9.2 % des postes créés au niveau national, la région PACA se situe au 2^{ème} rang des régions métropolitaines après l'Île de France (17.2 %) et devant Rhône-Alpes (8.4%). Avec 5561 postes créés, le département des Bouches du Rhône se situe en 3^{ème} position après Paris (qui a créé 6530 postes pendant la même période) et le Nord (6013).

La région est très mobilisée, du fait de sa structure démographique en partie. L'implantation du dispositif au niveau régional, départemental mais aussi municipal s'est déroulé dans de bonnes conditions. Le pays d'Aix, regroupant la communauté de communes autour d'Aix-en-Provence, est lui aussi très mobilisé, ayant jusqu'ici contribué à la création de plus de 500 emplois sur son territoire. Les statistiques régionales montrent que 3.5 emplois jeunes au lieu de travail ont été créés selon les chiffres fournis par le comité local d'animation. Le bassin Aix/Gardanne se situe au 1^{er} rang départemental et au 3^{ème} rang régional.

Si ce sont les associations qui représentent la majorité des employeurs, c'est la secteur famille, santé et solidarité qui est prépondérant. Le CHPA est naturellement un porteur de projets important.

¹⁰ Source : site de la plate-forme régionale www.emploisjeunes-paca.org

1.2.1.2 Adéquation des emplois-jeunes aux objectifs de l'hôpital

Bien que porté par une dynamique externe, le projet emplois-jeunes du CHPA trouve la justification de sa légitimité et de son volume au plan interne.

En effet, les groupes de travail chargés de préparer le projet d'établissement ont mis en évidence des problèmes qui ne pouvaient se régler par la création de postes statutaires. De fait, le programme "emplois jeunes" du CHPA découle directement du projet d'établissement et du renouveau de la structure. Les "emplois jeunes" constituent ainsi un moyen privilégié de réponse aux dysfonctionnements en fiabilisant le contact entre le public et l'appareil de soins. Trois axes légitiment le recours au dispositif " nouveaux services, nouveaux emplois ".

1.2.1.2.1 *Renouveau de la structure*

Le CHPA s'est modernisé. Un nouveau bâtiment a été construit, l'aile Jacques de la Roque. Elle héberge les services de chirurgie, les urgences et une partie du plateau technique (bloc, stérilisation, réanimation, pharmacie). Cette nouvelle configuration de l'hôpital a induit de nouveaux modes de fonctionnement et de nouvelles habitudes de travail. Or, l'hôpital étant parfois réticent à accepter les remises en cause, il importait de disposer des éléments capables d'accompagner ce changement auprès des usagers mais aussi des personnels. Des agents externes sont aussi nécessaires pour accompagner le renouveau en impulsant de nouveaux modes de fonctionnement et de gestion.

Par ailleurs, la structure a induit des besoins nouveaux destinés à compenser la sensation de déshumanisation et de complexité. La modernisation de la structure, l'informatisation de la prise en charge du patient diluent le rapport humain. Les emplois-jeunes se sont glissés dans cette brèche afin d'apporter un confort humain et relationnel.

1.2.1.2.2 *Politique d'amélioration de la qualité*

La qualité est un point fort de l'établissement. Très tôt, l'accent a été mis sur une stratégie qualité. A cet égard, le CHPA a été le premier établissement public accrédité, en juillet 2000, et cela grâce à une dynamique essentiellement interne.

Pour mener à bien cette démarche, l'hôpital avait besoin d'éléments formés à la qualité en tant que discipline (technicien, assistant qualité...). Mais il avait aussi besoin d'agents oeuvrant sur le terrain, afin de pallier les dysfonctionnements de l'hôpital dans le circuit du patient, l'insuffisance de l'accueil, l'humanisation du séjour...

1.2.1.2.3 Existence de besoins émergents non couverts

Comme de nombreux établissements hospitaliers, le CHPA a été et est confronté au développement de nouveaux outils de travail tels que la gestion de l'information : information administrative, médicalisée, financière, économique...Le fonctionnement de l'hôpital de l'an 2000 suppose en effet que, non seulement, des soins de qualité soient dispensés mais aussi qu'une gestion de « qualité » soit organisée. Les outils sont de plus en plus nombreux et une maîtrise totale par les équipes existantes est aléatoire par manque de formation, de temps voire de volonté...Le recours à de jeunes diplômés, maîtrisant ces nouveaux outils est une double opportunité pour l'employeur et pour le jeune qui accède plus facilement à un premier emploi dans ce domaine par le biais d'un contrat emploi-jeune.

Si des besoins au niveau de ces outils étaient prégnants, des besoins en termes de nouvelles technologies de l'information et de la communication existent aussi. Plus qu'un outil d'affichage, le multimédia devient un outil de travail, notamment du fait du développement des réseaux, de l'informatisation croissante de l'hôpital, de la médiatisation de l'hôpital et de son activité. L'hôpital a aujourd'hui besoin de communiquer directement sinon l'information trouve d'autres canaux.

En l'absence d'équivalence dans le référentiel-métier, ces nouveaux profils que sont les infographistes, les assistants en contrôle de gestion, les assistants qualité passent par un recours aux contractuels. Les contrats emplois-jeunes ont naturellement servi de support d'emploi à ces métiers émergents. Mais surtout, ils permettaient de voir financer ces postes jusqu'alors jugés secondaires ou trop onéreux, les deux étant souvent intimement liés.

1.2.2 Montage du projet

1.2.2.1 Le projet

1.2.2.1.1 Contenu

Le projet "emplois-jeunes" du CHPA intègre les objectifs précités. Son point fort est d'être centré sur la satisfaction des usagers. En effet il s'agit de recourir au dispositif en raison de la plus-value que ces nouveaux services apportent à l'utilisateur et au fonctionnement des services.

Trois axes majeurs ont, de ce fait, été assignés au projet : le renforcement de la sécurité, l'amélioration de l'accueil et l'évaluation de la satisfaction du public.

Au niveau du renforcement de la sécurité, l'idée était de créer des « agents d'ambiance », capables d'orienter et d'accompagner le public. Ces agents se distinguent d'une équipe de sécurité telle que réglementée ; leur fonction « sécuritaire » tient essentiellement à procurer de la sécurité au patient en lui fournissant une grille de lecture de l'établissement. Le profil ne requiert pas de diplôme spécifique, seulement une aptitude au contact envers le public. Comme leurs collègues fonctionnaires, ils sont rattachés à la direction des services économiques du CHPA.

Pour l'amélioration de l'accueil, l'agent recruté devra être un interface entre l'accueil soignant, la gestion administrative et la gestion de l'information médicale. Dénommé « agent d'accueil et de service d'étage », l'agent a la charge de deux unités de soins. Il doit être capable d'assister le patient dans ses démarches administratives et hôtelières. Il assume un rôle de sentinelle grâce à un pouvoir d'alerte de l'équipe de sécurité pour tout phénomène ou individu suspects. Le profil recherché est similaire à celui d'un agent administratif, couplé à des fonctions de secrétariat et surtout d'hôtesse d'accueil. L'agent est rattaché hiérarchiquement au service de la gestion des malades.

Au niveau du volet satisfaction des malades, outre une volonté globalisante d'amélioration de la qualité par les emplois précédemment cités, un poste de technicien en évaluation est créé. Sa mission consiste en la collecte et le traitement d'informations relatives à la satisfaction des usagers grâce à des outils préalablement élaborés par lui-même. L'agent est intégré à la direction de l'information et de la qualité, à la cellule évaluation, qui jusqu'ici n'avait pas pu voir le jour faute de moyens. Il est rattaché hiérarchiquement au Secrétariat Général. Le profil recherché est très qualifié, du niveau de la licence voire de la maîtrise.

Il faut noter l'existence, dans le programme initia, de deux autres postes connexes liés à l'amélioration de l'accueil et la satisfaction des usagers : un poste d' "animateur personnes âgées" et un poste d'assistant en Hospitalisation à domicile (HAD)¹¹. Ces deux postes nécessitent la possession du baccalauréat. Ces projets, initiés par la Direction des Services de Soins Infirmiers, ont fait l'objet d'un profil de poste très détaillé. Ainsi, le profil de l'assistant en HAD fait état de missions listées et exclusives : afin d'apporter aide et réconfort au malade et à ses proches, l'assistant est amené à intervenir dans de nombreux secteurs, exception faite de tout acte de soins. En raison de la proximité de l'assistant avec des patients présentant des pathologies graves, le secret professionnel est de rigueur. Le profil d'animateur décline, lui, le même niveau de détail : il s'agit de concevoir des activités relationnelles, occupationnelles, ludiques, culturelles ou autres, adaptées à des personnes

âgées physiquement et / ou psychiquement handicapées. Ces deux postes sont rattachés hiérarchiquement aux cadres infirmiers des structures.

Le projet originel en 1998 faisait état d'une embauche de 6 agents d'ambiance, 10 agents d'accueil et de service d'étage (ASET), 1 auditeur interne des malades, 2 animateurs pour le Centre de Moyen et Long Séjour (CMLS) et un assistant en HAD. Le projet initial sert de base mais d'autres demandes sont apparues. Comme les créations de postes sont annuelles et se poursuivent jusqu'à l'objectif des 350000 emplois-jeunes, l'établissement a pu étoffer son projet. Ainsi, les révisions annuelles ont intégré des métiers plus techniques (analyse de gestion, statistiques médico-économiques, communication multimédia, logistique) et une demande croissante d'ASET.

1.2.2.1.2 Chronologie

Le projet initial a été élaboré en janvier 1998. Il a été réalisé par le Secrétaire général en liaison avec les services demandeurs. Il a été présenté en Comité Technique d'Etablissement en mai 1998 et en Conseil d'Administration en juin 1998.

Chaque année, la même démarche s'est produite en ce qui concerne la validation du projet. Les instances n'ont été consultées ou informées qu'une seule fois. En 1998, le projet a été envoyé le 21 juillet, instruit à partir du 23 en commission locale et la convention avec le préfet représenté par le directeur départemental de l'emploi, signée le 7 août. En 1999, le projet est parvenu à la commission locale le 30 septembre pour instruction et la convention signée le 22 octobre.

Les recrutements se sont déroulés à l'automne 1998 et les premières recrues sont arrivées au CHPA le 21 janvier 1999. Depuis, d'autres recrutements sont intervenus, en mai 1999 et en novembre pour les contingents les plus importants, à savoir les AMO et les ASET. La dernière embauche en date a été réalisée en juin 2000. Il faut cependant noter que deux circuits de recrutement ont été mis en place.

Une collaboration pour les emplois d'accueil et d'animation a été menée, conformément aux dispositions de la convention, avec la Mission locale des jeunes du Pays d'Aix. Un dossier spécifique de candidature a été élaboré à cette fin. Ce dossier permet d'isoler les renseignements classiques inhérents à une demande d'emploi (état-civil, formation, expérience...) auxquels s'ajoutent des questions sur les souhaits de poste et les savoir-faire

¹¹ L'Hospitalisation à domicile (HAD) est une unité qui dépend du service Hémato-oncologie –SIDA du CHPA. C'est une unité pluridisciplinaire qui intervient pour assurer la prise en charge de 8 malades, adultes ou enfants, à la suite d'une hospitalisation au CHPA dans une zone d'intervention géographique de 0 à 100 km d'Aix.

spécifiques que le candidat entend mettre en œuvre sur ce type de mission. Outre ces éléments utiles à la sélection des candidats, le document comprend une note d'information sur les emplois-jeunes (nature des emplois, public bénéficiaire, déroulement du recrutement...). La collaboration du CHPA avec la Mission locale a été très étroite pour les emplois d'ASET, d'AMO et d'animateur personnes âgées. La mission locale a, en effet, été chargée de la collecte de ces dossiers spécialement créés et de la présélection des candidats. Cette démarche était utile pour l'hôpital, affinant la sélection des candidats compte tenu des exigences recherchées, mais aussi pour la mission locale qui se constituait ainsi un vivier de recrutement. En effet, outre le dépôt d'une candidature pour un poste spécifique, la mission locale peut proposer aux recruteurs des candidats dont elle détient les profils dans ses dossiers. Cet automatisme va dans le sens du jeune car il démultiplie ainsi ses candidatures et donc ses chances de trouver un emploi.

Une fois la présélection réalisée, les candidats ont été reçus en entretien individuel. Cet entretien a conduit ou non au recrutement ferme.

Ce type de recrutement concerne les emplois d'animation et d'accueil. Pour les emplois plus techniques et plus qualifiés, le recrutement s'est voulu plus large. L'établissement est passé par l'Association pour faciliter l'insertion des jeunes diplômés (AFIJ). Les offres d'emploi étaient accessibles sur le site Internet de l'association et les intéressés ont postulé directement. Les candidatures ont été examinées avant de faire l'objet d'un entretien d'embauche.

La démarche peut sembler à deux vitesses mais il n'en est rien. Il s'agit de viser au mieux l'adéquation aux besoins. Le public de la mission locale ne présentait pas le niveau de diplôme exigé pour ces emplois, c'est-à-dire au minimum une licence. La mission locale s'occupe de jeunes dont les qualifications sont inférieures.

1.2.2.1.3 Coût et rapport

Les emplois-jeunes recrutés n'ont pas tous le même niveau de rémunération. Celui-ci varie selon le niveau de responsabilité, le niveau de diplôme et le poste occupé. Les AMO et les ASET sont ainsi payés au SMIC. L'évolution du salaire revalorisations du SMIC. Les emplois plus qualifiés perçoivent une rémunération plus élevée.

Au 1^{er} mai 2000, le coût annuel, charges comprises, des contrats emplois-jeunes présents dans l'établissement (21 au total) est le suivant :

	Trait. Brut	Charges	Coût mens.	Coût annu.	Effectif	Total annu.
ASET	7921,11	3283,45	11204,56	134454,72	13	1 747 911,36
AMO	7921,11	3283,45	11204,56	134454,72	6	806 728,32
Gestion	8945,77	3773,22	12718,99	152627,88	1	152 627,88
Anim CMLS	8071,80	3355,47	11427,27	137124,24	1	137 124,24
TOTAL						2 844 391,8

Légende :

ASET : Agent d'accueil et de service d'étage

AMO : Agent mobile d'orientation

Gestion : Assistant à la déconcentration de la gestion

Anim CMLS : Animateur personnes âgées

Prise en charge

	CNASEA	TM ARH 1999	TM ARH 2000	CHPA	Coût total
Montant	95000	24000	27854		
Effectif	21	9	12		
Total	1 995 000	216 000	334 428	298 963,8	2 844 391,8
%	70,1%	7,6 %	11,8 %	10,5%	

Légende :

CNASEA : financement Etat

TM ARH 1999 : financement ARH (assurance maladie) enveloppe dégagée en 1999

TM ARH 2000 : financement ARH (assurance maladie) enveloppe dégagée en 2000

CHPA : financement sur les charges de personnel de l'établissement

Par rapport au coût réel de ces emplois, à savoir plus de 2 millions de francs, la charge réellement supportée par l'établissement est faible : un peu plus du dixième en mai 2000. Les emplois-jeunes apportent donc incontestablement une plus-value à l'hôpital. Cependant, celle-ci est difficilement mesurable. Elle se manifeste parfois au hasard des retours des questionnaires de satisfaction où les usagers louent la présence et l'écoute de l'agent d'accueil et de service d'étage. En fait, il s'agit d'un gain en termes de lien social. L'apport des emplois-jeunes, ainsi que le veut l'esprit de la loi, est de contribuer à « améliorer la qualité de vie collective ».

Les conséquences pour l'hôpital sont de deux ordres :

- Envers le patient :
Amélioration de l'écoute, de la globalité de sa prise en charge, de son accueil et de celui-ci de ses proches, adaptation du séjour aux besoins propres de la personne.
- Envers le fonctionnement :
Amélioration de la circulation de l'information entre services, amélioration des liaisons administratives et soignantes, adaptation des outils de gestion, innovation technologique.

I.2.2.2 Contraintes et enjeux : une approche sociologique

I.2.2.2.1 Les emplois-jeunes confrontés aux emplois statutaires

Les emplois-jeunes résultent d'un projet émanant de la direction du CHPA. Ils ont rencontré l'assentiment de quelques uns mais beaucoup se sont mépris sur leurs fonctions. L'enthousiasme n'a pas été au rendez-vous malgré une dynamique forte.

En premier lieu, les partenaires sociaux ont émis des réserves sur le projet. Le Comité technique d'établissement, tenu au mois de mai 1998, a émis un avis positif : 8 voix contre 6 abstentions. Mais les non-dits étaient nombreux. L'apport des emplois-jeunes n'était pas vécu comme une aubaine, un second souffle pour le personnel statutaire mais plutôt comme une menace : l'irruption croissante du privé, la précarisation et de fait la menace sur les postes statutaires. La question récurrente des organisations syndicales était celle du ré déploiement de ces emplois vers les postes statutaires et plus généralement celle de l'avenir des emplois aidés dans l'hôpital.

Aux yeux des partenaires sociaux, les emplois-jeunes sont amalgamés aux autres dispositifs d'insertion. Cette image est répandue dans l'hôpital, le terme emplois-jeunes

équivalant à « petites mains ». Force est aussi de noter que la circulaire DGEFP¹² elle-même militait en faveur d'un recours "privilégié" aux jeunes en difficulté. Le public étant sensiblement le même, l'amalgame pouvait s'en trouver facilité.

Quant aux attentes des personnels qui partageaient tous cette vision tronquée du dispositif, elles se sont heurtées au cadre même du programme "emplois-jeunes". Il était impensable et illégal de placer ces jeunes sur des emplois existants pour servir de main d'œuvre aux titulaires, d'où quelques mécontentements. L'idée que les CEJ étaient là pour les patients, pour répondre à des besoins nouveaux ou non couverts, a depuis fait son chemin. L'allègement de la charge de travail des secrétariats, des infirmières, des agents administratifs s'est opérée mais sans doute pas selon les modalités envisagées par ces derniers.

1.2.2.2 Les emplois statutaires confrontés à l'innovation sociale

Les emplois-jeunes AMO et ASET ont, de fait, rencontré sur le terrain des problèmes d'identification et de reconnaissance. La tentation de les faire glisser vers des tâches subalternes était omniprésente.

Il faut noter que l'expérience précédente des dispositifs d'insertion leur a porté préjudice, d'autant que dans l'esprit collectif les "emplois-jeunes" n'étaient qu'un avatar des CES. Or, à l'hôpital, il était rarement proposé aux CES d'occuper une activité nouvelle. Les CES effectuaient des tâches ne nécessitant pas de formation (classement, standard téléphonique...) Cette dérive était souvent le fait des recrues elles-mêmes qui, dans un souci de reconnaissance, de valorisation et d'intégration, surabondaient les demandes des services. La charge de travail des équipes en général ne prêtait pas à une discussion sur la nature exacte du poste occupé par le CES. Ce même schéma était susceptible de se reproduire avec les emplois-jeunes.

L'arrivée des emplois-jeunes dans la structure a donc été très encadrée afin d'éviter les dérives. Une surveillance de leur activité sur place a été effectuée, de manière assez impérieuse et impérative car les risques étaient présents.

De plus, les emplois-jeunes répondaient à des besoins nouveaux donc non quantifiables par avance. Leurs tâches n'étaient pas assez étoffées au départ, ce qui pouvait créer l'ire des personnels médicaux, soignants et administratifs : il était en effet difficile de tolérer à proximité l'existence d'agents à temps complet mais non occupés totalement. Les "emplois jeunes" de ce fait ont pu être considérés comme bénéficiant d'une situation

¹² circulaire DGEFP 97/25 du 24/10/97

privilegiée. Vitrines de l'hôpital à l'emploi du temps initial peu chargé, ils cumulaient bon nombre d'avantages.

Les "emplois-jeunes" ont dû s'imposer dans les services. Le choix du rattachement hiérarchique au service de la gestion des malades était la solution pour pallier les tentatives d'utilisation induite. Cependant, pour les emplois les plus qualifiés, ces problèmes ne se sont pas posés. Leur autonomie était plus grande. La seule difficulté rencontrée tient à une appropriation des outils et des méthodes de travail.

Les contrats "emplois-jeunes" apportent incontestablement une plus-value à l'hôpital. Le dispositif est suffisamment encadré et contraint, suffisamment relayé au niveau le plus proche des besoins pour répondre aux aspirations des établissements de santé. Certes, des difficultés ont été recensées, qui tiennent pour la plupart au temps d'assimilation, souvent plus élevé dans les hôpitaux qu'ailleurs. Cependant, l'enjeu capital de ces nouveaux emplois tient à la capacité de l'hôpital à intégrer l'innovation des emplois-jeunes et les emplois-jeunes eux-mêmes. En somme, quel sort l'hôpital réserve-t-il à ces nouveaux métiers ou combien de temps ces métiers resteront-ils nouveaux dans l'hôpital ?

DEUXIEME PARTIE

II L'ÉVOLUTION DES EMPLOIS-JEUNES À L'HÔPITAL : UNE RÉFLEXION PROSPECTIVE SUR L'AVENIR DE CES EMPLOIS ET DE LEURS BÉNÉFICIAIRES

A travers l'exemple du CHPA ramené à d'autres situations hospitalières, un bilan des emplois-jeunes hospitaliers peut être réalisé. Le cas du CHPA, pourtant novateur et motivé, n'échappe pas à la règle, à savoir la difficulté à conduire le changement. Ces emplois induisent normalement de nouveaux modes de gestion de par leur configuration même mais surtout de par leur confrontation avec les logiques statutaires. La gestion des ressources humaines a vocation à être modernisée par ces emplois. Cet enjeu est d'autant plus prégnant que ce changement est amené à perdurer. En effet, le dispositif emploi-jeune prévoit explicitement la professionnalisation et la pérennisation de ces activités. Une démarche de GPEC doit être réalisée sur ces emplois.

Quelles solutions donc pour le CHPA entre sa stratégie propre et les enjeux globaux soulevés par ces nouveaux services ?

II.1 ETAT DES LIEUX

Il apparaît opportun de dresser un état des lieux consécutif à la mise en place du programme emplois-jeunes au CHPA. Un bilan d'étape donne une vision pratique du projet par rapport à ses objectifs et aux réalités du terrain. Ce commentaire critique doit cependant être relativisé au regard d'autres structures afin d'isoler les difficultés endogènes et exogènes, les difficultés générales et celles propres à l'hôpital.

II.1.1 Bilan

Ce bilan intervient deux ans après le lancement du projet et un an après les premiers recrutements.

II.1.1.1 Inadéquation du projet aux réalités

II.1.1.1.1 *Ajouts et suppression*

Au 1^{er} juillet 2000, les postes d'emplois-jeunes créés et pourvus sont les suivants :

- 13 Agents d'accueil et de service d'étage (ASET),
- 6 agents mobiles d'orientation (AMO),
- 1 animateur personne âgées pour le CMLS,
- 1 responsable qualité,
- 1 assistant à la communication multimédia,
- 1 observateur médico-économique
- 1 assistant à la déconcentration de gestion

soit 24 postes au total.

Restent toujours à pourvoir les postes suivants :

- 1 coordinateur logistique,
- 1 assistant en HAD¹³,
- 1 poste d'animateur au CMLS
- 2 postes d'ASET supplémentaires, ces derniers ayant été décidés en 2000.

Ces différences par rapport au programme original s'expliquent par l'annualité des projets. Chaque année, de nouvelles demandes se font jour. Elles sont examinées en fonction de leur pertinence, de leur émergence et des crédits disponibles. Ceci explique le développement de profils de « techniciens » au CHPA en 1999 vu la persistance de besoins non satisfaits et surtout vue l'enveloppe financière. Des crédits plus importants ont été, en effet, accordés cette année-là; les profils ont, de ce fait, été examinés avec une plus grande souplesse.

Cependant le projet diffère incontestablement de son ambition originelle. En premier lieu, les « agents d'ambiance » sont devenus des Agents Mobiles d'Orientation. Ils sont davantage versés dans l'amélioration du circuit du patient et de sa prise en charge. Le

« rodage » des circuits de la nouvelle structure est partiellement responsable de leur changement de nature. En effet, à l'origine, ces agents étaient chargés de ré-orienter les personnes égarées au besoin en les accompagnant, ce qui supposait des rondes sur toute la superficie de l'établissement. Des événements sont intervenus comme la fermeture du parking aérien au personnel, ce qui limite l'utilisation de l'ancienne entrée de l'hôpital, cause majeure de l'égaré des patients qui ont perdu leurs anciens repères. Les besoins d'accompagnement et de soutien priment désormais les questions d'orientation pures.

Les demandes d'ASET sont croissantes en raison des services rendus. Ils constituent désormais une équipe à part entière qui fonctionne en autonomie et dont la programmation se règle en interne. Toutes les tâches qu'ils effectuent ne sont pas redéployées vers les personnels statutaires, d'où cette inflation. Il existe même un pool de remplacement des ASET.

Certains profils sont par ailleurs restés lettre morte pendant deux ans, en particulier celui du coordonnateur logistique.

II.1.1.1.2 Problèmes de rattachement hiérarchique et d'encadrement

La majorité des problèmes rencontrés par les emplois-jeunes ASET et AMO tient à leur éloignement physique de leur lieu de rattachement. En effet, la vigilance de l'encadrement est certes présente mais elle ne l'est pas assez pour éviter que des tâches parasites soient confiées ponctuellement.

Le choix d'une dépendance directe au service de gestion des malades était la solution retenue au début. Mais elle prive le jeune d'un regard et d'une critique sur les tâches qu'il effectue pour les usagers du service. Cette dépendance réduit aussi l'appréciation du jeune à sa capacité en matière de gestion administrative. En somme, l'emploi jeune est confronté à plusieurs hiérarchies, une officielle et les autres (médicales et soignantes), officieuses, qu'il peut difficilement occulter.

De plus, le tutorat est insuffisant. Les textes législatifs prévoient en effet l'institution d'un tutorat pour les emplois-jeunes mais celui-ci est facultatif. En ce sens, le CHPA a privilégié un rattachement hiérarchique plutôt qu'un tutorat. Or, le tuteur est sensé être un encadrant personnalisé, chargé de prodiguer conseils, renseignements sur le poste en lui-même et le projet professionnel de l'emploi-jeune. Pour les dispositifs d'insertion au CHPA, le tuteur est généralement le cadre du service. Celui-ci n'a de ce fait qu'une ou deux personnes à accompagner. En l'occurrence 16 emplois-jeunes, ASET et AMO, sont

¹³ Ce poste doit être pourvu fin septembre 2000

rattachés au Bureau des Entrées : une seule adjoint des cadres les supervise donc tous. En parallèle, peu de demandes de soutien lui sont remontées. La liaison hiérarchique est sans doute un obstacle à personnalisation plus affinée de la relation avec les jeunes.

En parallèle, les contrats emplois-jeunes dans d'autres secteurs de l'hôpital ne rencontrent pas ces mêmes difficultés, souvent en raison de leur niveau de diplôme et de leur autonomie supplémentaire. En somme, au sein d'une même structure, il existe des disparités entre les emplois-jeunes.

II.1.1.2 Un ensemble peu homogène

II.1.1.2.1 *Des profils différenciés*

Les AMO illustrent parfaitement cette hétérogénéité des emplois-jeunes. Recrutés sur un même profil de poste, leurs tâches sont différentes au point qu'elles modifient l'intitulé de leur métier même. En effet, selon qu'ils sont rattachés au Service de gestion des malades ou bien à un service, en l'occurrence la pédiatrie et les urgences, leurs fonctions diffèrent. Auprès du Bureau des entrées, les AMO ont des fonctions d'accompagnement et des tâches administratives diverses : ils renforcent les effectifs à l'accueil des urgences pendant les périodes de pointe. Ce sont des « agents d'optimisation des services » dont la disponibilité et l'adaptabilité sont les caractéristiques et qualités majeures.

Aux urgences, les AMO ont essentiellement des fonctions d'accueil et d'orientation des usagers avant la prise en charge par l'équipe soignante. Un des AMO est plus particulièrement chargé d'effectuer la coordination entre les urgences générales et les urgences pédiatriques. Enfin, en pédiatrie, l'agent mobile est affecté à l'unité moyens-grands. Il ne s'agit pas ici d'orienter ou de réorienter les patients mais plutôt de leur prodiguer un accueil spécialisé dans un espace réservé afin que chacun puisse exprimer ses besoins et attentes. L'agent mobile est, de ce fait, le premier interlocuteur des usagers, il vise à réduire les délais d'attente en informant régulièrement la famille, en accomplissant les liaisons avec le service, en simplifiant le fonctionnement du service, en accompagnant la famille lors des déplacements nécessaires.

En somme, il y a trois types d'AMO, l'un plus proche du métier de brancardier, l'autre plus proche du métier d'agent d'accueil et d'animation, l'autre plus proche de l'agent d'optimisation des services. En effet, les AMO rattachés au Bureau des Entrées sont des agents d'optimisation de l'accueil, du circuit des patients et du fonctionnement administratif, étant capables de suppléer les carences de personnel directement ou en surnombre.

Cette difficulté à définir un profil-type traduit qu'il n'existe pas véritablement de métier d'agent mobile et d'orientation mais des fonctions.

Les AMO sont l'illustration paroxystique de ces différences de catégorisation au sein des emplois-jeunes. Au CHPA, cette différence entre emplois-jeunes est flagrante quand il s'agit de mixer les postes les plus qualifiés aux moins qualifiés, à savoir AMO et ASET bien que ces derniers soient tous au moins bacheliers. Les AMO, ASET, Animateur sont incontestablement des emplois-jeunes alors que leurs collègues observateur médico-économique, assistant qualité, assistant multimédia, assistant déconcentration de gestion sont des agents recrutés sur un contrat emploi-jeune. La nuance est de taille. Le contrat emploi-jeune est une catégorie d'emploi lorsqu'il vise des fonctions en contact direct avec le public ; il devient un simple document de référence lorsqu'il s'agit des autres.

II.1.1.2.2 Problèmes liés à la définition des fonctions

Les emplois-jeunes chargés de l'amélioration des services et de l'accueil se sont vus attribuer des fonctions généralistes. Initialement, les tâches à effectuer ne couvraient manifestement pas une amplitude horaire quotidienne de huit heures. Ce fait a d'autant plus déstabilisé les jeunes recrues que l'on tentait de récupérer par ailleurs.

Par ailleurs, si certaines tâches n'avaient jusqu'alors pas de titulaires dans la structure, les donner à un emploi-jeune, vue la définition de ces contrats, était légitime. Mais certaines fonctions qui ont été confiées à ces emplois peuvent empiéter sur les profils statutaires. Ainsi, quand les Agents mobiles d'orientation accompagnent un patient à sa consultation, surtout si ce dernier présente des problèmes de mobilité, cette fonction pourrait être assimilée au travail de brancardage. Par ailleurs, on pourrait considérer que les AMO et les ASET empiètent sur le travail des agents du bureau des entrées : où est la limite entre l'amélioration du service et la participation au service ? Il faut revenir à la notion même de « nouveau service ».

Ces nouveaux services ne sont pas des activités créées ex nihilo, leur caractère innovant s'inscrit dans un environnement donné.

Ainsi, la nouveauté peut se définir des façons suivantes :

- Innovation dans un contexte particulier, pour un exercice auprès de nouveaux publics
- Innovation pour combler un manque repéré dans les secteurs existants
- Innovation dans l'organisation du travail
- Innovation dans la constitution d'une chaîne de services complète dans un secteur ou un nouvel environnement.

A l'hôpital, la confrontation de ces nouveaux métiers avec les métiers statutaires est inéluctable. Cependant, cette redéfinition des tâches ne tranche pas toujours en faveur des

emplois-jeunes. Tel a été le cas au CHPA. Certaines pratiques classiques ont pu perdurer malgré une volonté manifeste d'innovation.

Tel fut le cas du service de chirurgie ambulatoire. Ce service, ouvert en mai 2000, est centré sur le mode de prise en charge du patient, à savoir l'hospitalisation de jour, et non sur une pathologie ou une discipline. La transversalité de la prise en charge est réalisée. Une secrétaire expérimentée avait été spécialement recrutée et une ASET chargée de l'accueil et du confort hôtelier. Mais la pratique fonctionnement du service, la secrétaire ayant privilégié des horaires « ouvrables » réduisant le rôle de l'ASET à la portion congrue, la privant même de sa fonction principale, à savoir l'accueil des patients. La logique corporatiste a pris le pas sur l'innovation. Des efforts ont été réalisés depuis afin de rétablir l'équilibre et l'optimisation du service. Cet épisode tend à démontrer que les emplois-jeunes sont parfois assimilés à une main d'œuvre d'appoint, qui ne peut rivaliser avec les emplois existants. Les fonctions exercées ne sont pas reconnues malgré leur utilité sociale.

II.1.1.3 Bilan qualitatif

II.1.1.3.1 Recrutement

Tableau récapitulatif

Niveau exigé par poste	Niveau des agents recrutés
20 postes niveau bac	14 niveau bac
1 poste niveau bac + 2	6 niveau BTS / DUT
1 poste niveau licence	2 niveau maîtrise
2 postes niveau maîtrise	2 niveau mastère (Bac +6)

40 % des jeunes recrues ont un niveau supérieur aux exigences du poste. C'est une donnée générale des candidatures actuelles. Elle n'est pas spécifique aux emplois-jeunes. Elle illustre simplement les difficultés d'embauche des jeunes diplômés.

Le niveau de recrutement des agents d'accueil (AMO et ASET) est volontairement élevé, du niveau du baccalauréat et plus, le cas échéant. Le profil des intéressés est orienté vers le monde hospitalier ou le travail de secrétariat.

Niveau de diplôme maximum

	BAC/BAC Pro	DEUG 1 ^{ère} an.	BTS	Maîtrise
Effectif	10	3	5	1
Proportion	52,6 %	15,8 %	26,3 %	5,3 %

Ils ont donc vocation et capacité à évoluer vers des carrières paramédicales, de secrétariat médical ou de gestion.

Ils sont susceptibles d'intégrer la fonction publique hospitalière par le biais classique, à savoir le concours. Le temps passé en emploi jeune devient alors un tremplin pour ces carrières, leur donnant à la fois l'opportunité de faire d'autres choix tout en étant rémunéré mais aussi de bénéficier d'une expérience hospitalière. En effet, ce travail à l'hôpital permet de se familiariser davantage avec le champ sanitaire et d'acquérir des connaissances dont ne disposent pas les autres candidats externes.

Tels étaient les choix de recrutement du CHPA. Mais les questions de recrutement se posent désormais en d'autres termes. Ainsi, l'établissement a connu et connaît des problèmes de recrutement sur les postes les plus qualifiés et s'expose à ce risque pour les autres. Il faut noter aussi un effet de seuil dans les demandes. Le bassin de population est désormais insuffisant pour fournir la main d'œuvre nécessaire, au niveau exigé. Le traitement proposé pour les postes les plus qualifiés peut, de plus, apparaître comme insuffisant ; la reprise économique dans le secteur marchand concurrence fortement l'embauche sur ces postes.

Le problème majeur demeure néanmoins de trouver une recrue qui sache conjuguer toutes les exigences de la fiche de poste. Ainsi, les profils de poste font la part aux fonctions nouvelles et émergentes mais pour lesquelles aucune formation n'existe jusqu'alors. La recherche d'un "assistant qualité" a amené à examiner nombre de candidatures ayant exercé une fonction "qualité" dans l'industrie, secteur où la certification existe depuis longtemps, mais peu au fait des notions de démarche qualité et surtout d'accréditation dans les établissements de santé. De même, le recrutement d'un assistant à la communication multi-média capable de maintenir un catalogue d'images, d'avoir des compétences d'infographiste et de conception de sites Internet a permis de rencontrer en entretien des candidats aux profils variés (bibliothécaire, chargé de communication, infographiste...) dont aucun ne cumulait les trois exigences. Peu savait à quoi ressemblait un site hospitalier et ce qu'il serait intéressant d'y faire figurer en interne et en externe.

Dresser des profils de poste sur des métiers émergents implique obligatoirement de faire figurer des compétences, des exigences et des fonctions classiques. Ainsi, l'innovation du dispositif butte encore sur les notions classiques de diplômes, de métiers.

II.1.1.3.2 Motivation

La branche "Moderniser sans exclure-Sud" a proposé ses services aux établissements hospitaliers du département en vue de réaliser une "automédiatisation des CEJ". Cette association a été fondée par Bertrand SCHWARTZ, ancien délégué à l'insertion des jeunes en difficulté. L'objectif de cette démarche est de confronter les points de vue sur ces nouveaux métiers. Cette expérience permet en effet de donner la parole librement aux jeunes, de tenter de rendre visibles, pour eux-mêmes et leurs employeurs, les activités sur lesquelles ils interviennent. Ils expriment ainsi leur opinion sur l'activité qu'ils exercent, les difficultés qu'ils rencontrent, la plus-value qu'ils apportent et enfin le bénéfice personnel qu'ils en retirent. Leurs tuteurs et encadrants sont amenés à débattre de ces mêmes thèmes, d'une manière différente. Il s'agit de faire avancer la réflexion sur l'utilité des services et la pérennité des CEJ. Ce travail est matérialisé sous forme d'une cassette vidéo susceptible d'être montrée aux élus, responsables administratifs et techniques locaux et nationaux, enfin à toute personne qui se sent concernée par la démarche.

Aujourd'hui, seul le CHPA s'est déclaré intéressé et s'est lancé dans le projet. Après la signature d'un avant projet de protocole d'accord le 21 juillet 2000, la démarche devrait concrètement se mettre en place en septembre. Il s'agira de filmer les deux groupes, emplois-jeunes d'un côté et tuteurs de l'autre. Les thèmes ont été définis préalablement : la réflexion portera sur les améliorations induites par ces nouveaux services, la vision de l'hôpital qu'avaient "les emplois-jeunes" avant et après y avoir travaillé.

Cette démarche est intéressante pour son apport réflexif. Néanmoins, elle ne permet pas de retranscrire les problèmes quotidiens. En effet, il semble que ces emplois aient besoin d'une stimulation et d'une écoute amplifiée. La motivation et l'enthousiasme ne sont pas partagés par tous. Les emplois-jeunes ont pris les habitudes de la structure, ce qui peut diminuer leur capacité d'initiatives. Manifestement, ces jeunes recrues ne se sont pas toujours appropriés leurs nouveaux emplois. De la passivité est même à noter. Contrairement aux emplois jeunes dans d'autres secteurs, ces agents attendent beaucoup de l'hôpital qui les a recrutés. L'hôpital est source d'information, de formation et, dans l'esprit collectif, l'employeur naturel à l'issue du contrat.

Autre élément caractérisant ces emplois : les changements de poste. Un turn-over existe et est à la fois un indice de bon fonctionnement du dispositif comme il peut être source de dysfonctionnements. Les plus qualifiés ont vocation à trouver des postes similaires et

mieux rémunérés, offrant la garantie d'un CDI et non la précarité de l'emploi jeune. Le turnover est donc à la fois bénéfique pour le jeune qui quitte un emploi pour un autre qui lui convient mieux et pour la structure qui renouvelle ainsi sa main-d'œuvre. Néanmoins, il représente un coût induit pour la structure qui, en perdant un employé, doit recomposer le service qu'il réalisait et doit recruter un nouvel agent et le former le cas échéant. Le cas s'est présenté avec l'agent "assistant qualité" qui n'a pas trouvé dans l'emploi proposé le niveau de responsabilité qu'il recherchait. Des désistements ont aussi eu lieu pour les postes d'accueil et d'animation. Un agent recruté en tant qu'hôtesse d'accueil et de service d'étage a démissionné parce qu'elle avait trouvé un poste de secrétariat médical dans une autre structure. Ce poste était en totale adéquation avec son profil initial et ses aspirations.

La politique de recrutement de l'hôpital qui a privilégié un niveau d'embauche supérieur ou égal au baccalauréat sur ces postes induit naturellement des reconversions en cours de contrat. Les agents sont en effet invités à "tenter leur chance" durant leur contrat en présentant des concours, une possibilité appuyée par le dispositif lui-même qui accorde des aménagements du contrat de travail en ce sens. Or peu le font. Il faut noter que la réussite à un concours est aussi synonyme de fin de contrat, donc de fin de rémunération. De fait, l'échéance de fin de contrat paraît bien lointaine et n'invite pas les jeunes à anticiper le terme. De plus, des incertitudes quant au choix de la carrière future persistent et peu de démarches d'appropriation du poste ont été réalisées.

Par ailleurs, le fait d'avoir été placés, pour des raisons stratégiques et fonctionnelles, sous la tutelle du service de la gestion des malades a modifié l'orientation de certains jeunes. En effet, les agents intéressés initialement par une carrière soignante n'ont plus aujourd'hui les mêmes attentes. Cette vision trop orientée de l'hôpital peut s'avérer finalement négative parce qu'elle réduit le champ d'investigation des jeunes en milieu hospitalier.

II.1.2 Eclairage comparatif des choix du Centre Hospitalier du Pays d'Aix

II.1.2.1 Comparaison interhospitalière

Ces exemples sont tirés d'enquêtes locales disponibles sur les sites Internet des plates-formes régionales de professionnalisation ou extraits de documents transmis par les établissements eux-mêmes.

II.1.2.1.1 Montage des projets

Les projets " emplois-jeunes " des centres hospitaliers sont en majorité montés en interne, sans le concours des missions d'ingénierie.

Outre le financement par les crédits de l'Etat et ceux de l'assurance-maladie, les moyens complémentaires sont dégagés de façon ordinaire : ils viennent ainsi alourdir les crédits de personnel. C'est le cas du CHPA. La participation des usagers, pour la rémunération du service, est rare. Un établissement, comme le Centre Hospitalier de Mulhouse, a multiplié les sources de complément de financement. L'originalité tient à l'utilisation des crédits utilisés pour le paiement des heures supplémentaires. Cette démarche est intéressante dans la mesure où la mise en place des emplois jeunes induit nécessairement un allègement de la charge de travail des titulaires et de ce fait une diminution nécessaire des dépassements d'horaires. La mairie intervient aussi pour allouer une aide forfaitaire par jeune issu de sa commune. Hormis les financements municipaux, il faut noter que les établissements hospitaliers ont été, vu leur nature, évincés des aides des collectivités territoriales.

A la différence du CHPA, la majorité des établissements de santé ont cherché, pour les postes les moins qualifiés, à recruter des jeunes éligibles aux dispositifs d'insertion. Le CHPA s'est refusé à ce choix, par crainte d'amalgames déjà présents en l'état. Cependant, l'option des autres hôpitaux se justifie par des champs d'intervention distincts des "emplois-jeunes" et des CES. La collaboration avec les Missions locales est généralisée. Certains hôpitaux, dont celui de Mulhouse, se sont insérés dans le Plan Local d'Insertion par l'Economique (PLIE) pour mener à bien ses opérations de recrutement.

Dans le département des Bouches-du-Rhône, le CHPA fait figure de moteur. Les établissements publics ont monté leur projet en interne. Un seul établissement a utilisé le concours de l'ingénierie départementale : il s'agit d'une clinique marseillaise, pour des

postes techniques de surcroît, en rapport avec la qualité. Le montage des projets dans les hôpitaux du département ne présente pas de spécificités ni de divergences majeures par rapport au CHPA à l'exception de trois hôpitaux : Aubagne, La Ciotat et Allauch. Ces derniers se sont regroupés en association afin d'optimiser leur recrutement au bénéfice des trois entités, déjà réunies en syndicat interhospitalier. C'est une forme de regroupement d'employeurs, originale, dans la mesure où les employeurs publics étaient réputés exclus de cette disposition.

II.1.2.1.2 Profils retenus

Les profils évoluent autour des trois axes suivants : accueil, animation et accompagnement. A la marge, interviennent les nouvelles technologies et les nouveaux modes de fonctionnement de l'hôpital. En fait c'est le type de public qui, souvent, apporte la spécificité de l'emploi. Ainsi l'animation pourra se faire auprès de personnes âgées, des handicapés ou de jeunes enfants et revêtir de ce fait des caractéristiques différentes. De même, ces trois secteurs se déclinent selon la configuration de l'hôpital. Ainsi un hôpital multisites aura davantage besoin d'agents d'orientation qu'un hôpital monobloc. De même un hôpital psychiatrique ressentira des besoins spécifiques qui tiennent compte des pathologies qu'il traite.

Par ailleurs, la démarche qualité, articulée ou non avec la procédure d'accréditation, devient un justificatif majeur du recours aux emplois-jeunes. Tout personnel supplémentaire, formé et adapté, intervient naturellement pour améliorer et optimiser le service. Les modalités d'application divergent. Un agent d'accompagnement aura ainsi comme mission qualité d'améliorer le circuit du patient. Réduire les délais de transmission inter-services en dédiant un emploi jeune à la coordination est un élément qualité. Les emplois-jeunes sont acteurs de la démarche qualité. Ils répondent à des besoins que l'hôpital n'avait plus les moyens d'assumer et qui, cependant, pénalisent en l'état son fonctionnement et sa réputation.

Les effectifs varient en fonction de la taille de l'établissement. Cette adéquation est logique dans la mesure où la création de postes emplois jeunes découle immédiatement des besoins. Ainsi un hôpital de 1732 lits comme celui de Mulhouse a-t-il recruté initialement 67 emplois-jeunes. Ceci n'est vrai cependant que pour les centres hospitaliers généraux. En effet, les Centres hospitaliers universitaires, qui comptent parmi les plus gros établissements, ont procédé à des recrutements moindres, du moins non proportionnés à leur taille et à celle de leurs effectifs. L'Assistance Publique de Marseille n'a ainsi embauché que 23 emplois-jeunes dans le secteur de l'accueil et une autre vingtaine pour des emplois de médiation..

En fait, les emplois-jeunes ont pour mérite d'obliger les établissements à transcrire leurs besoins et leurs exigences d'innovations.

II.1.2.1.3 Statistiques

Comparaison du Centre Hospitalier du Pays d'Aix avec les établissements publics de santé sur toute la France en mars 2000¹⁴.

Age des jeunes embauchés	De 18 à 25 ans	de 26 à 29 ans
France	76 %	24 %
CHPA	75 %	25 %

La proportion est identique. L'âge moyen au CHPA est de 23.75 ans et l'âge médian 24.5 ans.

Sexe

Répartition	Hommes	Femmes
France	28 %	72 %
CHPA	12.5 %	87.5 %
ASET	0 %	100 %
AMO	16 %	84 %

Niveau de formation initiale (données au 31 décembre 1999) en %

	Sans	BEP/CAP	Bac	BTS/DUT	Bac+3/+4	3 ^{ème} cycle
France	3 %	31 %	39 %	16 %	9 %	2 %
CHPA	0 %	0 %	58 %	25 %	8 %	8 %

¹⁴ Source site www.nsei.travail.gouv.fr, rubrique sanitaire et social

Création de postes sur le département (établissements de santé publics et PSPH)¹⁵

	Projets de poste déposés		Nombre de postes à créer	
	CHPA	Département	CHPA	Département
1998	5 (26 %)	19	20 (51 %)	39
1999	6 (23 %)	26	8 (12 %)	66
2000	1 (5 %)	18	2 (5 %)	37
Total	12 (19 %)	63	30 (21 %)	142

Le centre hospitalier d'Aix est très mobilisé. En 1998, 19 projets de création d'emplois ont été déposés pour les établissements de santé du département ; 5 émanaient du CHPA. Au total, il s'agissait de la création de 39 postes dont 20 uniquement pour le CHPA. Le CHPA représentait dans le secteur hospitalier en 1998 35 % de création d'emplois et 51 % des embauches.

Les statistiques diminuent naturellement en 1999, le CHPA s'étant lancé très tôt dans le programme. Les autres établissements l'ont rejoint. Ainsi, 36 demandes de création de postes ont été déposées en 1999, soit 74 embauches. Le CHPA n'a fait cette année qu'une demande de 4 créations de poste. Il représentait tout de même 10 % de la demande totale.

II.1.2.2 Comparaison agrégative

Les emplois-jeunes font l'objet de nombreux rapports et études destinés à cerner quantitativement et qualitativement la place qu'ils occupent.

II.1.2.2.1 Enquêtes et audits

Les données quantitatives relatives aux emplois jeunes sont obtenues grâce au concours de la DARES (Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques du Ministère de l'Economie et de la Solidarité) chargé de la production de statistiques et de données administratives mais surtout grâce au CNASEA qui collecte ses informations en tant qu'organisme chargé du versement et de la gestion de l'aide de l'Etat.

Les enquêtes statistiques foisonnent. Des analyses plus fines et centrées sur le secteur sanitaire et social ont été cependant réalisées tant au niveau central qu'au niveau régional ou départemental.

¹⁵ source : statistiques DDTEFP

La DARES a lancé une étude en 1998 qui dresse un état des lieux du dispositif, tous secteurs confondus. Cette étude fournit un bilan quantitatif mais souligne aussi les problèmes rencontrés par chaque acteur (services de l'Etat, employeur, emploi-jeune) aux différentes phases du dispositif. Réalisée d'octobre 1997 à octobre 1998, elle met en lumière les enjeux et difficultés initiales, qui, par nature, ont évolué.

La Direction des hôpitaux a mené sa propre étude afin de définir les solutions de pérennisation de ces activités, notamment par le biais d'un référentiel-métier spécifique à la sphère sanitaire. Ainsi, elle a lancé une consultation pour une étude portant sur les activités et les métiers émergents dans les établissements publics de santé au titre du programme nouveaux services emplois jeunes. C'est la société OBEA qui a été choisie, afin de dresser un panorama qualitatif des emplois jeunes. L'objectif était double : d'une part connaître la répartition des emplois-jeunes au 1^{er} juillet 1999 par département ou région selon la nature de l'activité et d'autre part décrire l'activité la plus importante et celle jugée la plus innovante. Ces deux activités seront examinées précisément par rapport à leur contenu, leur établissement de rattachement et leur place dans la structure, les modalités de recrutement et les projets de professionnalisation.

Au niveau de la région, l'Insitut Régional du Travail Social (IRTS) PACA et Corse ainsi que le Collège coopératif Provence Alpes Méditerranée ont été les attributaires conjoints d'une mission d'ingénierie régionale sur les emplois jeunes dans le secteur sanitaire et social. Cette mission a été initiée par la DRTEFP et la DRASS dans le cadre d'un groupement solidaire afin de mutualiser compétences et réseaux de partenariat avec les terrains professionnels.

La commande de cette mission poursuit plusieurs objectifs. Il s'agit de dresser un état des lieux des possibilités d'emplois dans le secteur considéré pour définir des conditions de pérennisation de ces emplois eu égard à leur spécificité, de définir des référentiels métiers de ces nouveaux emplois ainsi que les conditions concrètes de leur professionnalisation. Il s'agit aussi de mobiliser les acteurs de cette filière afin d'aider les porteurs de projets, de créer des outils diffusables et transférables, de les accompagner dans leurs initiatives. Il s'agit enfin de cerner la spécificité de la filière au regard du programme "nouveaux services nouveaux emplois". Au sein de cette filière porteuse, trois sous-groupes ont été isolés : les hôpitaux, les institutions pour personnes handicapées et les centres d'hébergement et de réinsertion sociale, qui, paradoxalement, avaient déposé peu de projets eu égard à leur place dans la filière. Cette mission a fait l'objet d'un compte rendu provisoire en avril 1999 et d'un rapport définitif en juillet 2000, non publiés.

II.1.2.2.2 Commentaires

Au travers de ces études agrégatives, il s'agit d'isoler les comportements et difficultés propres au CHPA.

- Fonctions

Le CHPA est un hôpital général. Ses besoins sont, de fait, ciblés. Le handicap et la psychiatrie sont exclus de son champ d'action. La gériatrie n'est qu'une part réduite de l'activité. Dès lors, les profils des emplois-jeunes de l'établissement s'attardent davantage sur l'accueil et l'organisation hospitalière générale. Les nouveaux services correspondent à des actions d'amélioration, de modernisation. Ils créent une plus-value à l'activité hospitalière. Le profil type de l'emploi-jeune à l'hôpital, et le CHPA, ne fait pas exception à la règle est celui d'un agent multiservices d'accueil. Celui-ci doit en effet être capable de faciliter la vie des malades lors de leur entrée ou de leur sortie en réalisant des missions d'accueil, d'orientation, d'accompagnement, d'aide aux formalités administratives, d'aide au retour à domicile.

Les fonctions exercées ont nécessairement un caractère hybride sans que pour autant les postes ne constituent une mosaïque. Les fonctions sont doubles, triples, c'est pourquoi elles nécessitent toutes un ajustement sur le terrain. Le problème est la participation des jeunes à la construction de leur profil de poste.

- Difficultés

Tous les établissements ont connu des difficultés d'intégration de ces nouveaux. Le rapport de la mission d'ingénierie régionale en PACA fait état d'une curiosité pour le dispositif mais d'un manque de confiance dans l'issue du recrutement. Les candidats sont jugés a priori non formés ou insuffisamment pour exercer en milieu hospitalier. L'amalgame avec les publics des autres dispositifs d'insertion est présent. En PACA, ces arguments ont légitimé le non-dépôt de projets. D'autres motifs existaient, moins avérés qui s'appuyaient sur des considérations financières : problème de financement du poste à l'issue du contrat, absence d'accord de la tutelle (assertion souvent infondée), paradoxe de création d'emplois dans un contexte de réduction des effectifs, conjonction avec d'autres dossiers ... Le CHPA n'a pas échappé aux idées reçues. Les jeunes recrues ont dû affronter les reproches qui émanaient du personnel et non des auteurs du projet.

- Assimilation de l'innovation

L'éclairage comparatif des projets emplois-jeunes dans les hôpitaux montre une forte mobilisation des acteurs autour de ce dispositif. Mais tous les établissements ont rencontré des difficultés au démarrage du projet. Le CHPA ne fait pas exception. Des dysfonctionnements sont à noter, qui tiennent à la nouveauté du programme, au temps d'assimilation du dispositif et aussi à la "nouveauté" des jeunes pour lesquels le poste occupé correspond bien souvent à une première expérience professionnelle. Il est logique que, dans ce contexte, des jeunes sortis du système scolaire et confrontés à un emploi du temps un peu flou aient ressenti une certaine liberté.

Il semble aussi que la marge d'initiative laissée aux jeunes à l'hôpital soit très étroite. D'une part, ces recrues ont besoin d'être encadrées voire recadrées, d'autre part le dispositif emplois-jeunes insiste sur la nécessité de laisser les jeunes s'approprier leur poste de travail et d'en créer les spécificités inhérentes. C'est un paradoxe. Les personnes recrutées sur les emplois émergents n'ont pas abordé le dispositif dans les mêmes conditions. Loin de généraliser le propos, force est de constater qu'il s'applique aussi à certains emplois-jeunes du CHPA, tandis que d'autres ont parfaitement imposé leur place dans la structure. L'origine du phénomène est difficile à cerner : il s'agit en fait de la conjonction d'une fiche de poste voulue peu rigide pour laisser aux jeunes des marges de manœuvre et d'une insuffisance de créativité imputable au jeune.

- Professionalisation

Le problème majeur auquel tous les établissements hospitaliers ont été confrontés est sans conteste la question de la professionnalisation de ces activités. Un accompagnement du jeune est jugé partout nécessaire afin que celui-ci puisse élaborer un projet professionnel, à l'intérieur ou non de la structure. Des volontés existent mais pas les outils, ce qui pénalise à l'heure actuelle les initiatives. Les jeunes sont en effet demandeurs de formations afin d'améliorer l'exercice de leur activité ou de construire leur projet professionnel mais peu de réponses concrètes leur sont apportées si ce n'est des formations d'adaptation au poste. Dans une branche où l'initiative des jeunes est bridée (ils ne peuvent en l'occurrence créer leur activité), la formation et la qualification sont les seules marges de manœuvre restantes.

II.2 SOLUTIONS DE PROFESSIONNALISATION ET DE PÉRENNISATION

Le programme "emplois-jeunes" innove en incluant des dispositions sur la professionnalisation et la pérennisation de ces activités. Il s'agit en quelque sorte de partir du terrain d'expérimentation initial qui a pu exister dans un hôpital au moment de l'implantation de ces emplois pour en faire au final des métiers intégrés dans la structure et qui ont vocation à y demeurer. La démarche emprunte à une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), puisqu'il importe de déterminer à la fois les moyens de conserver ces fonctions dans l'hôpital, compte tenu de leur utilité, mais aussi de trouver les moyens pour optimiser les compétences des titulaires de ces emplois.

Il s'agit en somme d'une démarche prospective reposant sur deux axes : conforter les fonctions, ou non, dans la structure et conforter les titulaires dans la structure en les formant en vue d'un poste précis. L'idée est de scinder la démarche afin de différencier les emplois des jeunes, afin d'obtenir une meilleure adéquation aux objectifs de l'établissement ainsi qu'aux orientations professionnelles des jeunes.

II.2.1 Eléments incontournables du dispositif

II.2.1.1 Les consignes

II.2.1.1.1 Définition

Alors que la politique de l'emploi était traditionnellement centrée sur les jeunes non qualifiés ou chômeurs de longue durée, cette politique se réoriente vers l'accès à l'emploi et à l'expérience professionnelle des jeunes dans leur ensemble. Cette évolution se traduit par une nouvelle forme d'intervention publique, la professionnalisation, au cœur du "programme nouveaux services-emplois jeunes".

Qu'entend-on par professionnalisation ?

La professionnalisation comporte deux volets : celle des emplois, et celle des individus. Le vocabulaire technique de la formation éditée par l'AFPA (Association pour la Formation Professionnelle des Adultes) en donne les définitions.

La professionnalisation des emplois peut se définir comme l'engagement d'un processus permettant de passer d'activités correspondant à de nouveaux besoins ou à de besoins non satisfaits, à des emplois repérables dans un système de classification des emplois et des compétences. La professionnalisation des individus quant à elle signifie que les individus doivent acquérir des compétences nouvelles reconnues et transférables pour permettre le maintien dans l'emploi ou la mobilité professionnelle.

La professionnalisation en somme révèle une certaine aspiration à une reconnaissance sociale de la part des salariés des nouveaux services. L'argumentation développée rejoint les trois termes de la rhétorique de la professionnalisation décrite par G.JOBERT en 1987 :

- Le besoin: employeurs et salariés doivent non seulement faire la preuve qu'ils répondent bien à un besoin social non satisfait, mais également s'attacher à le construire, en démontrant à leurs partenaires que leur présence sur le terrain est devenue indispensable
- Le savoir : le besoin de formation de ces intervenants est affirmé par tous les acteurs.
- L'éthique : les salariés de ces nouveaux services se trouvent confrontés, en de multiples occasions, à des situations où ils doivent trouver le positionnement juste. Ce dernier doit tenir compte des relations de confiance avec les usagers mais aussi des attentes parfois ambiguës de leurs commanditaires.

II.2.1.1.2 Intégration des volets professionnalisation et pérennisation dans le dispositif

Qualification et professionnalisation sont des éléments incontournables.

Déjà dès l'instruction du dossier, l'employeur doit rechercher les perspectives de pérennisation et de professionnalisation de son projet. Pour l'hôpital, cette démarche permet de passer d'une activité émergente à un emploi qualifié. Il s'agit aussi de valider les acquis du jeune pour l'après-contrat. La DRASS doit aider les établissements publics de santé en mobilisant l'appareil de formation. L'ARH peut, elle aussi, se positionner en tant que financeur.

La plate-forme régionale de professionnalisation intervient dans le dispositif par sa mission de réflexion et de production d'outils.

II.2.1.1.3 Le « Protocole Aubry » du 14 mars 2000

Ce protocole sur l'amélioration des conditions de travail prévoit explicitement la professionnalisation des "emplois jeunes". Celle-ci devra passer par une réflexion concertée avec les partenaires sociaux.

Certains éléments du protocole d'accord ont été repris dans le projet de loi de modernisation sociale, n° 2045, déposé le 24 mai 2000, qui s'attache à fournir des réponses à ces enjeux de professionnalisation pour le secteur spécifique de la santé et de la solidarité. Ainsi, en application du protocole d'accord du 14 mars 2000, le projet social inscrit dans le projet d'établissement doit être obligatoirement généralisé. Or le projet social doit comporter des éléments relatifs à la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications, la politique de valorisation des acquis professionnels, la politique de formation et les moyens qui lui sont consacrés ainsi que la politique d'amélioration des conditions de travail. La professionnalisation des emplois-jeunes à l'hôpital doit donc s'inscrire dans cette démarche, même si ces emplois ne sont pas statutaires. Faire abstraction des liens qui existent entre la politique de GPEC et la politique de professionnalisation des emplois jeunes serait vain.

Le projet de loi de modernisation sociale dispose aussi le principe du bilan de compétences dans les établissements de santé. Ce bilan, sur l'initiative de l'agent, était ouvert aux salariés du secteur privé depuis 1992 et aux fonctionnaires de l'Etat depuis 1996.

La professionnalisation des emplois-jeunes se donne de ce fait de nouveaux outils.

II.2.1.2 La question de la validation des acquis et la réforme de la formation professionnelle

II.2.1.2.1 Un débat en cours

L'avant projet de loi de modernisation sociale du 12 mai 2000 évoque ce changement. La réforme de la formation professionnelle est en effet incluse pour partie dans cet avant projet. Sur le fond, il s'agit de revenir sur le dispositif de validation des acquis instauré par la loi n° 92-678 du 20 juillet 1992. L'idée est d'en étendre le principe en rapprochant les conditions de création, d'élaboration et de délivrance des diplômes et titres professionnels par l'Etat. La cohérence et la lisibilité du système de certification de la qualification professionnelle devraient être améliorée par ce mécanisme.

La réforme de la formation professionnelle ne devrait aboutir qu'en 2001. Celle-ci doit faire suite à l'état des lieux dressé par la secrétaire d'Etat aux Droits des Femmes et à la Formation Professionnelle.

II.2.1.2.2 Les enjeux

La reconnaissance et la validation des acquis sont un élément essentiel dans le déroulement d'une vie professionnelle. Elle permet d'accéder à un emploi qualifié, de se présenter à un employeur et de négocier son salaire, de développer et maintenir ses compétences continuellement. Cette reconnaissance passe par l'obtention d'une preuve des capacités, compétences et qualifications à travers des attestations délivrées par des autorités reconnues que sont l'employeur, la branche professionnelle, l'institut de formation ou un ministère. De fait, chaque attestation représente une valeur différente selon son auteur.

Les emplois jeunes sont des salariés de droit commun. Ils entrent donc dans le champ de ce dispositif. Toutes les formes d'attestation leur sont accessibles sans qu'aucune ne leur soit cependant spécialement réservée. Mais des problèmes subsistent du fait de l'innovation des activités ; certaines sont en effet trop récentes pour entrer dans le cadre existant.

Les emplois-jeunes sont les premiers concernés par ce retard dans l'appropriation de la nouveauté. Les emplois-jeunes sont des services nouveaux répondant à des besoins émergents ou non couverts. Ils ne s'inscrivent donc pas dans un système de diplôme et d'attestation classique. De plus, les libellés de leurs fonctions varient d'un hôpital à l'autre si bien que l'idée d'une attestation d'activités ne vaut que si elle est regardée avec le plus grand soin. En effet, les acquis à valider en l'absence de consignes ou d'homogénéisation risquent de n'être lisibles et valides que pour l'employeur initial.

La validation des acquis donne accès à une certification ou bien, dans la grande majorité des cas, limite le nombre d'épreuves à passer pour l'obtention d'un diplôme. Ces dispenses sont déterminées par un jury au vu de l'expérience professionnelle acquise au bout de cinq ans. La question de la validation des compétences au bout de trois au lieu des cinq leur serait éminemment propice.

A l'heure actuelle, ce dispositif fonctionne pour les diplômés de niveau V (BEP-CAP), IV (Baccalauréat(et éventuellement III (BTS). Au CHPA, le choix d'un recrutement au niveau minimal du Baccalauréat laisse peu de place pour cette démarche. De plus, les professions paramédicales sont exclues étant des professions réglementées. Or beaucoup de candidats

ont choisi de travailler à l'hôpital parce qu'ils se destinaient à ces métiers. La validation des acquis est un élément de l'avenir des emplois-jeunes mais non pas la solution.

II.2.1.3 La pérennisation ou la tentative de dégager des identités professionnelles

La pérennisation découle de la professionnalisation des emplois jeunes. En effet, l'emploi ne peut perdurer que s'il est validé, reconnu et assimilé par la structure. Ceci suppose deux démarches : l'une de clarification des activités à un niveau macro, l'autre de solvabilisation des activités au niveau financier mais aussi managérial. Conserver ces activités suppose d'avoir une vision claire des ressources humaines de l'hôpital.

II.2.1.3.1 Outils en cours d'élaboration

La professionnalisation des activités développées dans le cadre du programme "nouveaux services nouveaux emplois" est du ressort des plate-forme régionales. Cependant, ainsi que le dispose la circulaire DGEFP n° 98/17 du 16 avril 1998 relative à la professionnalisation des activités en question, une telle démarche d'identification des nouveaux services ne peut qu'être réalisée au niveau national. Si la professionnalisation s'organise au niveau local afin d'être au plus près des projets, des activités nouvelles et des situations de travail, elle doit être rationalisée et agrégée à un niveau supérieur.

A cette fin, une cellule d'appui et d'animation sur la professionnalisation, présidée par la Déléguée Générale à l'Emploi et à la Formation Professionnelle a été mise en place par la circulaire précitée. Sa mission est d'assurer la cohérence des travaux des plates-formes régionales. Elle doit ainsi, au vu des réalisations accomplies, étudier et proposer des créations de référentiels métiers, avec le souci d'établir des passerelles vers d'autres métiers et d'autres secteurs professionnels.

Cette cellule a un rôle à jouer en matière de validation de compétences. Elle doit ainsi examiner les travaux nécessaires à conduire concernant les compétences professionnelles non référencées et la perspective d'une insertion des nouveaux métiers dans les conventions collectives en lien avec les branches professionnelles.

Plus de deux ans après la promulgation, ces réflexions sont encore embryonnaires. Peu de solutions d'ensemble sont apportées, surtout dans le secteur hospitalier qui prouve une fois de plus sa spécificité. Il importe que l'actuelle Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins réalise la même démarche afin d'apporter des solutions aux problèmes rencontrés par les établissements de santé.

La cellule nationale a abouti en juillet 2000 à un premier bilan qui permet déjà de dresser des profils-types d'emploi-jeune. La cellule met donc en avant que les nouveaux services développés permettent :

- de renforcer le lien social
- d'améliorer la vie quotidienne et le cadre de vie
- de rapprocher les citoyens et les institutions
- de favoriser la mobilisation et le réseau des acteurs sur les territoires
- d'offrir au plus grand nombre l'accès aux loisirs, à la culture et aux nouvelles technologies de la communication, au sport et au tourisme.

Pour réaliser ces finalités, la cellule a isolé des fonctions exercés par les emplois-jeunes. Ces fonctions sont appelées à connaître une évolution voire à une pérennisation. Ainsi, les profils suivants ont été dégagés :

En matière de renforcement du lien social

- Animateur médiateur social
- Correspondant de nuit
- Agent d'accompagnement des transports
- Agent de valorisation des patrimoines
- Agent de conseil et d'assistance aux locataires

En matière de réponse aux besoins de la personne et de la famille,

- Médiateur institutionnel
- Agent de solidarité
- Auxiliaire d'intégration sociale et scolaire

En matière d'accueil et d'assistance des personnes dans leurs relations avec les institutions

- Agent d'accueil et d'information
- Agent de solidarité
- Assistant socio-judiciaire

Ces emplois recensés peuvent servir de cadre pour l'embauche ferme des emplois-jeunes. Cependant, aucun profil ne correspond véritablement aux profils de postes dégagés au CHPA.

II.2.1.3.2 Distinction emploi / fonction ou la recherche d'identités professionnelles

Indéniablement, les emplois-jeunes induisent une réflexion sur les métiers à l'hôpital.

Leur création elle-même participe de cette démarche. Sachant que le montage des projets emplois-jeunes est parti de l'existence de besoins émergents ou non couverts, la conclusion est que les fonctions exercées par les emplois jeunes étaient nécessaires et incontournables dans l'hôpital. Ces fonctions, de plus, ne pouvaient pas être couvertes par des titulaires. Il existe donc bel et bien un volant de fonctions à l'hôpital qui ne rentrent pas dans le cadre statutaire. Comme le notait Jean-Baptiste de Foucauld¹⁶ : "La culture de l'hôpital privilégie le patriotisme d'établissement voire de service. Il en résulte des discontinuités ou des redondances dans la prise en charge des patients qui se manifestent à tous les niveaux : à l'hôpital entre les services, entre les différents établissements hospitaliers, et entre les hôpitaux et la médecine de ville."

Plusieurs remarques peuvent être apportées. Certains peuvent objecter qu'un renfort de personnel administratif (secrétaires, agents..) ou paramédical (aides-soignantes) aurait pu remplir ces fonctions. Le problème est que ces métiers auraient dû être recomposés pour intégrer les nouvelles missions de l'hôpital.

Entre l'introduction de nouvelles fonctions et la rédefinition des métiers hospitaliers, le résultat est tout de même une mutation du référentiel-métier des établissements de santé.

Par ailleurs, l'ajout de personnel tel que défini dans le référentiel ne peut apporter de solutions quant aux métiers émergents. Ainsi dans quelle grille glisser les fonctions liées à la qualité ou aux nouvelles technologies ? De plus, quelles possibilités de carrière leur offrir ?

Une évolution se profile qui risque de modifier la structure du personnel hospitalier : ainsi, un raisonnement en termes de fonctions contribue à la définition de nouvelles identités professionnelles. En effet, à travers l'exemple des emplois-jeunes, la référence au métier n'est plus possible. On voit se dessiner de nouvelles professions au sein de l'hôpital qui ne reposent plus sur une réglementation ou sur un statut. Ainsi, les métiers à l'hôpital se définissent traditionnellement par une grille de tâches prescrites et d'autres proscrites, encadrant l'exercice. Les emplois-jeunes doivent donc construire leurs postes comme naguère les aides soignantes, c'est-à-dire par délégation d'autres tâches et la valorisation de tâches "ingrates". Un travail sur les aides-soignantes a été réalisé en 1995 par Mme

¹⁶ op.cit..

Arborio¹⁷ et illustre parfaitement ce mécanisme. Il reprend la notion développée par le sociologue Hugues en 1984 de “dirty work” ou délégation du travail déprécié.

Le problème est que les emplois-jeunes, même s'ils recourent des activités similaires, ne peuvent être reproduits d'un établissement à l'autre. Le vocable même change parce que les tâches changent. La pérennisation des emplois-jeunes par la création d'emplois spécifiques rattachés à la Fonction Publique Hospitalière peut être un élément sclérosant. En effet, les profils de poste ont été calibrés pour les besoins de l'hôpital ; un profil global supprimerait cette personnalisation. L'idée de statuts locaux serait plus pertinente mais facteur de blocage. La solution serait de référencer ces nouvelles fonctions de manière officielle mais non pas de les ériger en métier. La distinction fonction / métier est capitale en matière d'emplois-jeunes.

II.2.2 Un cas pratique : les AMO et les ASET

II.2.2.1 L'enrichissement des profils de poste : une première étape

L'enrichissement des profils de postes répondait à une triple nécessité . Il s'agit de faire état de toutes les tâches accomplies par les emplois-jeunes afin de légitimer leur création, leur existence voire leur pérennisation. Il s'agit aussi de remédier aux dysfonctionnements qui auraient pu se produire du fait de flous dans l'emploi du temps. Il s'agit enfin d'adapter le travail au terrain en ajustant les tâches aux besoins réels. En tant qu'agents d'accueil, d'orientation, d'optimisation des services, leurs fonctions sont naturellement amenées à évoluer chaque fois qu'une innovation ou une amélioration est apportée.

II.2.2.1.1 Le cas des AMO

- Problèmes à résoudre

Différents problèmes sont apparus depuis l'introduction des Agents mobiles d'orientation.

¹⁷ ARBORIO A.-M. “Quand le sale boulot fait le métier : les aides soignantes dans le mode professionnalisé de l'hôpital”, Sciences sociales et santé, 1995, vol.3 cité par Chantal LABRUYERE in Formation Emploi, n°70, juillet 2000, pp31-41

En premier lieu, les AMO ne sont pas une catégorie homogène : entre l'AMO des urgences, l'AMO de pédiatrie et l'AMO « standard », les profils diffèrent (cf supra). Il s'agit cependant de se préoccuper uniquement des agents rattachés au bureau des entrées.

Les AMO sont l'illustration parfaite des difficultés à dénommer les nouveaux métiers. Les "nouveaux services / emplois jeunes" recourent en effet des réalités différentes, ainsi que différentes enquêtes ont pu le démontrer. A l'origine, les AMO étaient chargés d'améliorer la sécurité, en ce sens qu'ils devaient prodiguer sécurité au patient par leur présence itinérante. Les usagers étaient rassurés de trouver une écoute dans l'hôpital afin de répondre à leurs demandes d'orientation ou de renseignements divers. Comme noté précédemment, cette fonction a dû évoluer du fait des modifications du circuit du patient, qui ont induit une certaine souplesse dans l'emploi du temps. Les AMO étaient sous-utilisés et démotivés en avril 2000.

- Axes d'amélioration

Des remèdes à leur sous-utilisation devaient être apportés. Densifier le profil de poste conduisait à asseoir la position des AMO dans la structure, leur donnant plus de responsabilité et, de ce fait, augmentant leur motivation. Cette amélioration contribuait aussi à éviter la récupération des AMO pour effectuer des tâches subalternes, du moins non renseignées dans leur profil de poste initial.

La raison d'être des AMO est l'optimisation du circuit du patient. Ils sont en effet sensés accompagner le patient jusqu'à son exacte destination. Ils sont, par extension, destinés à leur éviter les déplacements inutiles. De cet argument, ont découlés les mesures suivantes.

Il a été confié aux AMO la gestion des consultants externes d'anesthésie. Sachant que ce public se présente en vue d'une intervention, il est donc déjà venu au moins une fois à l'hôpital et récemment de surcroît. De ce fait, hormis les consultants privés, ces patients sont déjà enregistrés dans CPAGE, le logiciel de gestion des malades. Ils n'ont donc pas besoin de passer par l'antenne du bureau des Entrées. Les AMO préparent en amont de la consultation la fiche de circulation qui permet d'identifier le patient et sur laquelle vont être inscrits les actes qui seront réalisés dans le cadre de cette consultation. Les AMO devront s'occuper de mettre à jour ces dossiers à l'issue de la consultation et des examens afférents. Les patients repérés dans ce système représentent plus des deux tiers, les autres doivent se faire identifier par le bureau des entrées. L'intérêt de cette fonction est de confier une tâche concrète et intéressante aux AMO, qu'ils effectuent du début à la fin. L'intérêt pour le service de gestion des malades est de désengorger un secteur embouteillé. L'intérêt pour le patient est sa prise en charge directe sans attente. L'intérêt pour le service d'anesthésiologie est de

rendre plus confortable la venue du patient, d'éviter les excès d'irascibilité dus à l'attente et de pouvoir programmer d'autres rendez-vous grâce au temps dégagé.

Une des autres améliorations de l'emploi du temps des AMO a été de « maximiser » leur mobilité. Un agent sur les trois est particulièrement préposé aux déplacements dans l'hôpital pour aider les visiteurs. Ce faisant, il accomplit les liaisons avec ses collègues ASET afin d'augmenter sa présence dans les locaux.

Les AMO de plus, vu leur connaissance du système, suppléent ou remplacent les hôtesse et les agents d'accueil des urgences. Loin de jouer les suppléants, ils accomplissent ainsi une mission toujours liée à l'amélioration de la prise en charge de l'utilisateur.

- Problèmes à surmonter

Ce nouvel emploi du temps n'est pas sans failles. Il repose sur une collaboration de l'équipe. L'absence d'un des membres rejait sur les autres : le travail doit être organisé en conséquence grâce à un planning des tâches rigoureux. D'une sous-utilisation, les AMO sont passés à une occupation optimale voire surabondante quand d'autres tâches viennent se greffer. Certains jours, le lundi jour de récupération de l'agent qui a effectué une semaine de six jours, l'effectif est minimal de facto.

Le nouvel emploi du temps des AMO a eu des répercussions relationnelles, plaçant les AMO sous la coupe des ASET. Ce sont là des questions certes subsidiaires mais qui influent sur le fonctionnement du service.

II.2.2.1.2 Le cas des ASET

- Problèmes à surmonter

Bien que recrutés sur un même profil, les ASET n'effectuent pas les mêmes tâches d'un service à l'autre. Cette divergence provient de la spécificité du service mais aussi des initiatives des ASET.

- Axes d'amélioration

Il importait que les journées de travail de ces agents soient harmonisées. Cette démarche permet aussi de densifier les tâches. En effet, une mission exercée dans un service pouvait être dupliquée dans un autre.

Ceci permet d'augmenter le travail en équipe et de lutter contre l'isolement des ASET. Cette approche favorise permet les remplacements en interne, chaque ASET est sensé connaître le fonctionnement du poste qu'il peut être amené à suppléer. La reconnaissance de l'ASET en est accrue.

Les différences qui subsistent à l'autre ne sont pas du fait de l'agent mais du service. Certaines unités de soins se sont lancées dans des démarches non encore imitées, en l'occurrence le service de cardiologie. Dans ce service, a été mis en place une carte de consultant externe valable à l'année qui permet d'identifier le patient. Seul ce service fonctionne ainsi. De même, seul le service de chirurgie ambulatoire a besoin de la présence d'un ASET le matin alors que ses collègues travaillent de 10 à 18 heures.

- Problèmes à surmonter

Les tâches surnuméraires dans un service n'émanaient presque jamais de l'ASET. Il s'agissait de tâches confiées par le Bureau des Entrées afin d'améliorer le fonctionnement des services ou de tâches confiées par le service, tâches non proscrites. La démarche est une fois de plus descendante. Elle se heurte de facto à l'éloignement. En effet, il est difficile d'évaluer quotidiennement le travail réalisé dans ces accueils décentralisés. Le paradoxe est qu'il est difficile parfois de conjuguer autonomie et efficacité. En même temps, ce système directif pêche contre l'initiative des jeunes, d'un autre côté il constitue une garantie contre les dérapages.

II.2.2.1.3 Solutions préconisées

La collaboration AMO / ASET est un axe essentiel d'amélioration de la prise en charge transversale du patient.

Les ASET offrent l'avantage de connaître les patients des services dans lesquels ils travaillent. Ils sont donc des interlocuteurs privilégiés pour toute question relative au séjour, au dossier administratif du patient : ils sont en effet une interface entre la prise en charge soignante et la prise en charge administrative. Les AMO, quant à eux, présentent l'avantage de la mobilité et de l'immédiateté. Elles sont capables de répondre à une demande de prise en charge rapidement. L'idée était de faire collaborer ces deux types de personnel afin d'améliorer la prise en charge du patient et d'opérer en flux tendus. Les AMO ont ainsi été chargés de diffuser les demandes de questionnaires concernant les patients hospitalisés et de récupérer les retours. Les ASET étaient dès lors plus présents dans leur service tandis que les AMO augmentaient leur présence dans l'hôpital, ce qui était leur vocation initiale.

Divers écueils étaient à surmonter, le premier d'ordre psychologique. Cette démarche pouvait en effet conduire à mettre les AMO en position d'infériorité vis-à-vis des ASET. De fait, l'organisation des tâches fut une fois de plus encadrée afin que deux passages aient lieu par jour, ce qui correspond au fonctionnement du bureau des entrées. L'idée a aussi été de calquer les deux emplois du temps mais un tel phasage n'était pas nécessaire. Il supprimerait la présence matinale d'un agent pour les tâches de renseignements.

L'enrichissement de ces profils de poste, la densification des journées ont certes été opérés. Le seul regret est que la démarche a dû passer par un cadre strict de travail, laissant peu de place aux initiatives. Cette démarche ne permet pas aux emplois-jeunes de s'impliquer dans leurs tâches. Elle est cependant nécessaire voire vitale pour leur fonctionnement et celui des services avec lesquels ils collaborent. La démarche aboutit à définir clairement les fonctions des agents et permet de canaliser les jeunes, qui occupent pour la plupart leur premier emploi et ont encore besoin d'être guidés.

Il s'agit en définitive de déployer la flexibilité de ces postes, flexibilité dans la teneur des missions qu'il s'agit d'inventer, mais aussi dans la répartition heures de travail et formation. Ces formes de flexibilité permettent de développer l'employabilité des jeunes sous réserve que ce premier emploi, ce tremplin, se conjugue à une expérience formatrice destinée à faciliter leur intégration sur le marché du travail. Formation et structuration des fonctions sont les clés de la survie des jeunes à l'issue du dispositif.

II.2.2.2 La formation et l'évaluation : premiers pas vers la professionnalisation

Le droit à la formation est un droit pour tous les fonctionnaires hospitaliers. La formation professionnelle continue s'est développée en effet depuis la loi du 16 juillet 1971 mais elle ne s'est vraiment officialisée dans les hôpitaux qu'à partir du décret du 16 juin 1975. La formation professionnelle continue est un élément moteur de l'amélioration de la qualité par l'amélioration des compétences du personnel hospitalier.

Désormais très implantée dans le secteur hospitalier, la formation reste un droit de tous les salariés. Les emplois jeunes ont donc de ce fait accès à une formation même s'ils ne sont pas des personnels statutaires et c'est là la difficulté dans le cadre hospitalier actuel.

II.2.2.2.1 *Contraintes*

Les hôpitaux ont la possibilité de mutualiser les crédits de formation au sein de l'Association Nationale pour la Formation du personnel Hospitalier (ANFH). L'ANFH est l'organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) du secteur hospitalier public. Cette structure

associative est d'adhésion libre, sauf pour le congé de formation professionnelle : l'organisme ayant été agréé par la direction des hôpitaux par la convention du 22 mai 1990 en tant que gestionnaire du congé de formation professionnelle. Néanmoins, le CHPA est affilié totalement à l'ANFH. Le problème est que l'ANFH ne prend pas en compte les personnels non statutaires. Les emplois-jeunes sont donc exclus du dispositif de formation de l'établissement.

La position de l'ANFH est la suivante : la professionnalisation des emplois-jeunes doit être financée hors budget formation en dégagant des crédits ponctuels. A la différence du CNFPT (Centre National de la Fonction Publique Territoriale), l'ANFH n'a jusqu'ici pas proposé d'autres solutions. En effet, le CNFPT s'était engagé dès 1997 à accompagner les collectivités territoriales dans la mise en œuvre du programme emplois-jeunes. Ceux-ci ne sont pas couverts juridiquement par le 1 % formation versé par les collectivités employeurs. Il ne s'agit pas au départ de viser la formation des jeunes eux-mêmes mais plutôt d'encadrer les formations de tuteurs afin d'observer l'évolution des emplois de la fonction publique territoriale et de l'impact des emplois-jeunes sur ces derniers.

Aujourd'hui, le dispositif subit un blocage. La pérennisation des "emplois jeunes" passe par leur professionnalisation qui passe par leur formation. Or celle-ci est au point mort dans les établissements faute de financement. Alors que la majorité des OPCA a intégré le dispositif emploi-jeune et signé un accord-cadre avec l'Etat, l'ANFH ne s'y est pas encore impliquée.

Ainsi, il existe désormais un effet de seuil au niveau des structures hospitalières quant au développement de nouveaux « emplois-jeunes ». De fait, les crédits alloués à la création de ces postes ne sont pas tous utilisés. Deux solutions s'offrent alors : utiliser le reliquat pour financer des initiatives dans d'autres structures, notamment les centres de long séjour ou les maisons de retraite, jusqu'ici peu touchées ou utiliser les crédits restants pour conduire des actions de formation pour les titulaires de CEJ déjà en poste.

Une autre solution réside dans la recherche de financements à l'extérieur, en sollicitant les intervenants classiques de la formation professionnelle comme les Conseils Régionaux. Or, la région PACA a introduit de nouvelles dispositions pour remplacer la mesure d'appui à la professionnalisation des jeunes : la validation des acquis, le financement de formations, l'aide à l'élaboration du projet d'activité et le passeport emploi-jeune. Ce dernier vise à faciliter l'acquisition des connaissances sur l'emploi occupé dans une durée maximale de 40 heures. Les difficultés rencontrées au niveau des hôpitaux et en particulier du CHPA est que ces mesures visent en premier lieu les petites structures. L'intervention financière de la région est limitée à un maximum de 15 postes aidés pour un même employeur. Ce programme devrait démarrer en octobre 2000.

La question est de savoir si le CHPA serait éligible à ces dispositions.

II.2.2.2.2 *L'offre de formation*

Les emplois-jeunes ont suivi dès leur arrivée une formation pour mieux connaître l'hôpital. Cette action représentait une durée de quatre journées de formation. Cette démarche a été réalisée en janvier 1999 et en mai 1999, dates d'embauche des contingents les plus importants. Les autres jeunes ont été formés au contact de leurs collègues.

Le thème de ces journées de formation a été la présentation de l'hôpital, connaissance générale du milieu hospitalier mais surtout du Centre hospitalier du pays d'Aix. Des notions d'hygiène leur ont été inculquées. Les directeurs fonctionnels (finances, qualité et informatique, ressources humaines) sont venus présenter leur secteur et le rôle que les emplois-jeunes seraient amenés à jouer dans ce domaine précis. Les différents services ont été présentés et les emplois –jeunes ont été amenés à rencontrer les cadres soignants et le personnel du Bureau des Entrées avec lesquels ils allaient être amenés à collaborer. La géographie de l'hôpital est un élément essentiel de ces emplois. Enfin l'accent a été mis sur l'accueil ; des notions leur ont été dispensées, notions qui ont été confrontées à l'observation des différents accueils de l'hôpital. Le service de formation continue est lui aussi intervenu pour baliser l'offre de formation.

Les formations dispensées jusqu'alors par l'hôpital d'Aix aux AMO et ASET étaient des formations d'adaptation à l'emploi. Il en a été de même pour les emplois les plus qualifiés qui ont bénéficié de formations en interne ou en externe destinées à parfaire leurs connaissances.

Par ailleurs à deux reprises, en 1999 et en 2000, le CHPA a signé avec la DTEFP une charte de qualité sur les emplois aidés. Cette charte est un engagement de l'hôpital envers ces emplois, afin de faciliter leur accompagnement dans la structure et leur intégration. Il s'agit, en effet, d'opérer une dynamique de reconnaissance de ces emplois. Au niveau des emplois-jeunes l'accent est mis sur leur information et leur professionnalisation, les deux étant nécessairement liés.

Il n'est pas aujourd'hui de formation professionnalisante adaptée aux emplois-jeunes dans le secteur sanitaire et social. Si l'Education nationale a contribué à développer des formations d'aides-éducateurs, il n'existe pas aujourd'hui de formation aux métiers de l'accueil, de l'accompagnement et de l'animation en milieu hospitalier. De plus, les débouchés d'aides éducateurs sont limités, le concours reste le débouché majoritaire. Seul le ministère de l'Intérieur a adopté une démarche différente : les cinq années d'emploi-jeune sont assimilées à une période d'essai. Elles permettent d'organiser la formation en vue d'un recrutement au sein de la Police ou de la Gendarmerie nationale. Le secteur parapublic,

auquel appartiennent les établissements hospitaliers, ont une démarche encore différente : l'emploi à vocation à être pérennisé s'il est solvable, le jeune a vocation à rester dans la structure s'il fait preuve de ses capacités et de son utilité mais surtout s'il intègre la structure par la voie classique, à savoir le concours.

Les suggestions proposées lors d'une réunion sur la formation des emplois-jeunes dans le domaines sanitaire et social, réunion animée par la DDTEFP le 29 juin 2000 à Marseille, n'étaient guère innovantes. Les organismes de formation présents ont apporté une réponse « classique » à ces métiers nouveaux, à savoir qu'ils ont fait l'inventaire des formations qu'ils proposaient.

Par ailleurs, la réforme de la formation professionnelle pourrait à l'avenir faciliter l'accès à certaines qualifications et à certains diplômes, notamment pour les emplois jeunes. Il s'agit d'envisager la possibilité d'être dispensés de certaines épreuves en vue de l'obtention d'un titre compte tenu de leur parcours professionnel. En l'occurrence, dans le domaine sanitaire, on pourrait envisager qu'un contrat emploi jeune lié à l'accueil ou à l'accompagnement à l'hôpital dispense de certaines épreuves voire de la totalité de diplôme tels que le BEP carrières sanitaires et sociales. Or, les jeunes recrues du CHPA possèdent, si ce n'est déjà ce titre, du moins un niveau de qualification supérieur. Les exigences de diplômes se porteraient alors pour la plupart sur un BTS. Là les propositions sont plus restreintes et surtout plus contraintes.

Pour les AMO et les ASET, il faudra trouver des formations en adéquation avec leur projet professionnel. Le problème est le financement de ces formations dans le contexte actuel.

II.2.2.2.3 L'évaluation : une base pour la validation des acquis

Il existe un prototype national de grille d'évaluation des activités destiné à servir de certificat de validation des acquis. Ce document a été testé dans douze régions dont la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Cette attestation, en l'état, a vocation à être utilisée par les emplois jeunes du CHPA lorsque leur parcours professionnel l'exigera.

L'idée est cependant d'utiliser ce document comme base d'affirmation de ces activités et d'affirmation du jeune dans l'accomplissement de ces activités. Il s'agit en définitive de mener une vraie démarche de GPEC : dresser une liste de compétences nécessaires à l'exécution de leur mission afin d'envisager un redéploiement de ces fonctions dans un futur proche. Ceci est d'autant plus capital que les contrats emplois-jeunes ont une durée d'existence définie.

Jusqu'ici, l'évaluation avait été réalisée annuellement avec une grille servant aux autres dispositifs aidés (CES, CEC) de l'hôpital. Cette grille est inopérante pour juger les activités réalisées, pour juger la qualité du travail du jeune et encore moins pour servir de certification de compétences.

Une démarche participative avec la constitution d'un groupe pilote sur ce document a été mis en place. La collaboration de bénéficiaires d'emplois jeunes était primordiale. Elle leur permettait de se positionner dans la structure, d'avoir un outil de légitimation et surtout de définir les éléments de jugement de leurs compétences dans cette activité nouvelle. La nouveauté de ces emplois impliquait une autre grille d'évaluation, utile à l'hôpital pour cerner les capacités de ces jeunes et utile au jeune pour asseoir ses fonctions dans la structure et envisager une perspective de carrière extérieure.

Cette grille permet de juger le travail de l'emploi-jeune au regard d'une grille de compétences adaptée. Le jeune est évalué par son tuteur mais aussi par le cadre soignant du service dans lequel il évolue. La grille permet de visualiser le degré de réalisation du service par le jeune, les qualités et compétences qu'il met en œuvre à cette fin. Elle permet donc de voir l'adéquation du jeune à son poste en vue d'une pérennisation de ce dernier mais aussi de formation du jeune en vue d'une amélioration de l'accomplissement du service.

La formation connaît deux optiques selon la volonté du jeune même : se former sur le poste et se former en vue d'un autre métier hospitalier. Deux obstacles subsistent : l'adéquation des formations au poste occupé et le financement de ces formations. De ce fait, l'avenir des emplois-jeunes dans la structure n'est pas encore tranché. Le CHPA étant un terrain d'expérimentation, seules des hypothèses et des pistes peuvent être formulées.

II.2.2.3 Quel avenir ?

Les choix du CHPA tiennent compte des diverses significations de la professionnalisation. La professionnalisation est double : elle est celle des emplois mais aussi celle des jeunes exerçant ces emplois. Elle peut même être triple dans la mesure où il importe que l'employeur se professionnalise, c'est-à-dire consente à cette démarche. En l'état, l'établissement a choisi de séparer les deux. En effet, il s'agit d'une part de professionnaliser ces activités, à savoir les clarifier, les étoffer afin qu'elles soient définies et établies. D'autre part, il s'agit de professionnaliser les jeunes en leur donnant les moyens de réussir leur reconversion, dans l'établissement en particulier, ou ailleurs si tel est leur projet professionnel.

II.2.2.3.1 Pérennité des titulaires dans la structure

Il serait malvenu d'éconduire, au bout des cinq ans, emplois-jeunes, à moins qu'ils ne soit pas opportun de les conserver en raison de leur comportement d'où l'importance de l'évaluation. La politique sociale de l'hôpital, ses efforts en matière de qualité, ses efforts et les directives nationales en matière de résorption de l'emploi précaire, ne permettent pas d'envisager le dispositif comme ayant une durée de vie au-delà de cinq ans. Il s'agit de prévoir l'après-contrat d'autant plus qu'il s'agit là d'un engagement initial de l'hôpital. En effet, la convention signée entre le centre hospitalier et le Préfet dispose clairement des modalités de pérennisation envisagées. La pérennisation est cependant fortement dépendante de son financement et, au regard du nombre de postes octroyés au CHPA, l'issue n'est pas garantie.

Ainsi, l'idée initiale a été de recruter les emplois-jeunes d'un niveau minimal égal au Baccalauréat. Cette qualification suffisante leur permettait de préparer en parallèle des concours. La solution consistait à les réorienter vers des profils d'agents administratifs, de secrétaires médicales ou vers d'autres fonctions. Or, l'immersion des ASET et AMO au service de la gestion des malades a orienté leur vision de l'hôpital vers les activités administratives. Il importe que les emplois-jeunes prennent conscience de l'existence d'autres métiers comme infirmières, aides-soignantes, sage-femmes, diététiciens... Leur évolution vers des métiers "classiques" est encouragée et des formations, des démarches de validation des compétences mobilisées en ce sens.

Une embauche directe à l'issue du contrat emploi-jeune serait une solution si l'agent donnait satisfaction. La réduction du temps de travail (RTT) offre des possibilités de création de postes, qui pourraient être proposés prioritairement aux emplois-jeunes. L'articulation de la GPEC, de la réduction du temps de travail par le passage aux trente-cinq heures et de la professionnalisation des emplois-jeunes est incontournable.

Ainsi, les bénéficiaires d'emplois-jeunes sont appelés intégrer le système de manière active. Ces emplois jeunes doivent rester innovants et leurs bénéficiaires ne doivent pas recréer l'immobilisme en tentant de rester sur l'emploi occupé. Avec l'optique de pérennisation de ces postes, l'idée de voir un CEJ devenir un fonctionnaire après un changement de statut externe témoignerait d'un phénomène de reproduction des travers de l'hôpital et non d'innovations. Le concours reste donc la voie de titularisation par excellence, qu'il s'agit d'un concours ouvert à tous ou réservé aux emplois-jeunes, comme cela a pu être le cas en vue de la résorption d'autres emplois précaires. L'idée d'un concours spécifique assorti d'une démarche de validation des compétences serait la voie idéale, sous réserve qu'elle soit relayée au niveau national.

En définitive, l'éventail des métiers de l'hôpital très vaste, en dehors des professions paramédicales réglementées, permet d'envisager une sortie évidente vers la fonction publique hospitalière.

II.2.2.3.2 Pérennité des fonctions dans la structure

Les fonctions des AMO et des ASET tant au niveau de l'accueil décentralisé que de l'amélioration de la prise en charge hôtelière et administrative ne sauraient disparaître après cinq ans. C'est un impératif. Des besoins ont présidé à la création de ces postes et il serait difficile aujourd'hui de les retirer aux services. Une amélioration qualitative et quantitative de l'accueil a été opérée, dont l'accréditation de l'établissement est une illustration majeure. De même, une optimisation de la gestion a été réalisée. Dans un secteur où la compression des effectifs est croissante, les tâches effectuées par les emplois-jeunes ne sauraient être redéployées vers leurs anciens titulaires. Elles correspondent de plus à un besoin d'humanisation.

Néanmoins, plusieurs solutions sont envisageables, l'économie étant le principal guide. Les fonctions des ASET et des AMO, clarifiées et établies, peuvent être recomposées. Dans une évolution qui passe d'une logique de poste à une logique de fonctions, il serait imaginable de segmenter les trois grandes fonctions des AMO et ASET que sont l'accueil, l'amélioration de la prise en charge hôtelière et l'amélioration de la gestion administrative. Cette reconfiguration permettrait de confier ces tâches à d'autres titulaires par le biais d'emplois aménagés, jusqu'ici absents du CHPA. Cette démarche permettrait d'utiliser les services d'agents à la charge financière de l'établissement faute de poste. Une formation à l'accueil serait nécessaire et indispensable. Mais, si socialement et économiquement, cette solution est viable, elle peut être assimilée à un retour en arrière.

Par ailleurs, la question des tâches de gestion administrative est plus délicate. Quelques éléments sont à intégrer. Le nouveau SIH de l'établissement remet en cause le travail de gestion administrative et le travail infirmier. Les habitudes de travail, du fait de l'utilisation du logiciel CPAGE V2 pour la gestion administrative et PENSINS pour le dossier médical, évoluent. La saisie doit être de plus en plus en temps réel, ce qui signifie au plus près du patient. Dès lors, les « mouvements » (gestion des séjours, gestion de la localisation) seront à terme traités dans les services de soins par le logiciel médical plus ergonomique. Or la gestion « on line » du mouvement par le biais de CPAGE était une tâche majeure des ASET. Leurs fonctions risquent de s'amenuiser. La gestion décentralisée des actes et consultations externes, pour l'instant en cardiologie, anesthésiologie et néphro-rhumatologie, pourrait être redéployée vers les antennes, sous réserve d'une nouvelle organisation de celles-ci.

Mais ces hypothèses économétriques, certes viables, occultent le fond du problème. Ces emplois répondent avant tout à un besoin de contact humain dans un hôpital moderne, plus technique, plus informatisé, plus efficace, plus rationnel. Les emplois-jeunes ont réinvesti les créneaux libérés par les compressions de personnel où l'on disposait auparavant de personnel peu qualifié pour rendre de menus services aux patients, où le temps des soignants était plus disponible ; ils ont investi la nouvelle dimension d'accueil de l'hôpital moderne. La survie de ces fonctions est donc garantie. Il importe qu'elles servent de tremplin vers d'autres métiers en évitant l'"inertie" du fonctionnariat. Des rotations sur ces postes doivent donc exister.

CONCLUSION

Les emplois-jeunes contribuent à introduire l'innovation à l'hôpital, participant à la démarche de modernisation de celui-ci. L'allocation de ressources spécifiques a de plus évité les initiatives individuelles et anarchiques. Cependant, force est de noter que la nouveauté a du mal à s'imposer à l'hôpital. Aucune révolution ne s'est produite pour autant. Les emplois-jeunes restent encore un défi à gérer, au cas par cas, dans un cadre hospitalier qui mériterait d'être clarifié au niveau des formations et des référentiels métiers disponibles. L'idée d'une démarche centralisatrice ne doit pas s'affranchir d'une prise en compte des besoins de terrain, à l'origine de la création de ces services.

La densification des profils de poste, les remplacements des absences et congés, les exigences de ces postes démontrent que ces emplois sont suffisamment riches désormais pour perdurer en l'état. Les fonctions doivent être préservées mais il importe qu'elles soient mobiles, c'est-à-dire occupées par des agents fréquemment renouvelés. Les emplois-jeunes à l'hôpital constituent un tremplin vers les carrières statutaires. Le défi de l'hôpital consiste à les intégrer en conjuguant ces trois démarches concomittantes : GPEC, RTT et emplois-jeunes. 2002 verra en effet le passage à 35 heures et l'arrivée à échéance des premiers contrats emplois-jeunes.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

CLEMENT Jean-Marie, FILIPPI Isabelle, Les personnels contractuels de la Fonction Publique Hospitalière, Bordeaux, Les Etudes Hospitalières, 1999, 239 p.

Direction de l'animation de la recherche des études et des statistiques (DARES), Les emplois-jeunes d'octobre 1997 à octobre 1998, Paris, La Documentation Française, 1999, 151 p.

Ministère de l'emploi et de la solidarité, Nouveaux services emplois jeunes "Mode d'emploi", Paris, La Documentation Française, 1999, 164 p

Ministère de l'emploi et de la solidarité, Caisse des dépôts et consignations, Nouveaux services emplois jeunes "Repères pour la pérennisation", Paris, La documentation Française, 1999, 128 p

Ministère de l'emploi et de la solidarité, Nouveaux services emplois jeunes "Guide du salarié", Paris, La Documentation Française, 1999, 144 p

LAURENT Marie-Line, Les emplois-jeunes : nouveaux contractuels de l'administration, Paris, l'Harmattan, 1999, 162 p

MEYER Jean-Louis, Des contrats emploi-solidarité aux emplois-jeunes. Regards sur l'insertion, Paris, L'Harmattan, 1999, 266 p

STINGRE Didier, La Fonction Publique hospitalière, Paris, Presses Universitaires de France coll. Ques Sais-je ?, 1999

Mémoires et rapports

BOULARD Jean-Claude, Emplois-jeunes : 25 propositions pour une nouvelle vague, Assemblée nationale, 18 novembre 1998

BOULARD Jean-Claude, Emplois-jeunes : Mode d'emploi, Assemblée nationale, 17 octobre 1997

CASTRA Rachel, La mise en place des emplois jeunes : enjeux et perspectives pour les DDASS. L'exemple de la DDASS du Nord, Mémoire IASS, ENSP, Janvier 1999

DE FOUCAULD Jean-Baptiste, Activités nouvelles et développement de l'emploi pour les jeunes : Services aux personnes, santé et solidarité, juillet 1997

LECARDEZ Marc, La GPEC : les prémices d'une expérience au CHU de Nice, Mémoire EDH, ENSP, Décembre 1999

LINDEPERG Gérard, Les acteurs de la formation professionnelle : pour une nouvelle donne, Rapport au Premier Ministre, Paris, La Documentation Française, 2000, 320 p.

SERIEYX Hervé (sous la direction de), Séminaire de questions sociales : l'insertion des jeunes. Groupe n° 1 : L'insertion des jeunes : une construction de l'histoire socio-économique récente de la France et un concept évolutif, Ecole nationale d'Administration, Paris

SERIEYX Hervé (sous la direction de), Séminaire de questions sociales : l'insertion des jeunes. Groupe n° 6 : La transformation de l'organisation des entreprises, l'évolution du travail et de l'emploi et l'insertion des jeunes, Ecole nationale d'Administration, Paris

SERIEYX Hervé (sous la direction de), Séminaire de questions sociales : l'insertion des jeunes. Groupe n° 12 : Evaluation de l'insertion des jeunes : comment apprécier l'efficacité de l'action publique ?, Ecole nationale d'Administration, Paris

Travaux

Cellule interministérielle d'appui et d'animation de la professionnalisation (coordonnatrice Mme Anne-Marie CHARRAUD), Repères pour la certification et la validation des acquis, document provisoire, avril 2000.

Groupe de travail Nouveaux services emplois jeunes (sous la direction de Mme Jacqueline GORGUE), Pour un fonctionnement de qualité des emplois jeunes dans le champ des professions du travail social, Ministère de l'emploi et de la Solidarité, juin 1999

Périodiques

BAREL Yvan, Les emplois-jeunes : flexibilité et employabilité, PERSONNEL, mai 1999, n°399, pp. 66-71

BOISGUILLOU Claude, Mémento pour l'hôpital qui souhaite créer un emploi-jeune, Informations sur les ressources humaines à l'hôpital, avril 1998

BOISGUILLOU Claude, BOUDET GUY, Les trois temps des emplois-jeunes à l'hôpital, Cahiers hospitaliers, avril 2000, pp 22-25

BONHOMME Didier, La nomenclature des emplois-types de l'hôpital : quelle utilisation pratique ? L'exemple du centre hospitalier général de Bourg-en-Bresse, Gestions hospitalières, février 1999

FORMATION EMPLOI, n° spécial "Emplois jeunes : quelle professionnalisation ?", n°70, juillet 2000

GRASSET-MOREL Valérie, Des emplois jeunes pour de nouvelles activités, INFFO FLASH, novembre 1997, n°485, pp.9-14

GUITTON Christophe, Emplois-jeunes : la professionnalisation en débat, Céreq Bref, n°158, novembre 1999

INFFO FLASH, Les emplois-jeunes de A à Z, décembre 1997, n° spécial, 24p

LABBE Christine, MINVIELLE Yvon, La longue marche des emplois-jeunes, Espace Social Européen, avril 1999

SAINT-JOURS Yves, Les personnels non statutaires des services publics administratifs soumis au droit privé, Recueil Dalloz Sirey, 20 janvier 2000

SAVATIER Jean, L'aide aux emplois-jeunes, Droit Social, novembre 1997, n°11, pp 908-914

VILCHIEN Danielle, Comment le secteur hospitalier se prépare-t-il à l'émergence des métiers nouveaux, Cahiers Hospitaliers, juillet-août 1997

Presse spécialisée

La Lettre Nouveaux services emplois jeunes

Lettre de la professionnalisation Provence Alpes Côte d'Azur

Documentation Internet : liste des sites

www.admifrance.gouv.fr

www.afij.org

www.afpa.fr

www.anej.org

www.assemblee-nationale.fr

www.carif.fr

www.centre-info.fr

www.cereq.fr

www.emploisjeunes-idf.org

www.emploisjeunes-paca.org

www.journal-officiel.gouv.fr

www.ladocfrancaise.gouv.fr

www.legifrance.com

www.nsej.travail.gouv.fr

www.sante.gouv.fr

www.sante.gouv.fr/dress/statiss

www.teleform.fr

www.travail.gouv.fr

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1	
Profil de poste originel ASET	P 1
Annexe 2	
Profil de poste originel AMO	P 3
Annexe 3	
Profil de poste revu AMO	P 5
Annexe 4	
Profil de poste revu ASET	P 10
Annexe 5	
Fiche d'évaluation-type ASET	P 14

ANNEXE 1



Direction des Ressources Humaines

Service du Recrutement

no/fiche de poste cej

FICHE DE POSTE

AGENT D'ACCUEIL ET SERVICES D'ETAGE

OBJECTIF :

- ⇒ l'agent accueille les visiteurs à l'entrée du service
- ⇒ remet le livret d'accueil
- ⇒ oriente les visiteurs
- ⇒ assure l'orientation téléphonique et la recherche des personnes
(ne se substitue pas aux secrétariats médicaux et au standard).

RATTACHEMENT HIERARCHIQUE :

- ⇒ Direction de la Gestion des malades

FONCTIONS :

- ⇒ transmet les messages écrits et oraux
- ⇒ assure l'interface entre l'accueil soignant, la gestion administrative, la gestion de l'information médicale et le service infirmier
- ⇒ aide à la formalité administrative
- ⇒ aide à la formalité hôtelière : télévision, téléphone, boutiques
- ⇒ aide aux déplacements des visiteurs

⇒ relation avec l'équipe de sécurité pour signaler toute présence ou circulation d'individus suspects

PROFIL :

⇒ accueillant

⇒ disponible

⇒ bonne présentation

⇒ langues souhaitées : Arabe, Anglais, Allemand, Espagnol, Italien, langue par signes(pour malentendant)

QUALITE REQUISES :

⇒ dynamique

⇒ discrétion

⇒secret professionnel

⇒ écoute sans indiscretion

⇒ savoir transmettre clairement l'information

PRESENCE ET HORAIRES :

⇒ 39h par semaine réparties sur une amplitude de :11h à19h du lundi au samedi

MATERIEL MIS A DISPOSITION :

⇒ une tenue

⇒ un bip

⇒ un micro-ordinateur

⇒ une formation sur la géographie des services est assurée par le service de la Communication de l'établissement

⇒ des livrets d'accueil

⇒ la liste des médecins et des spécialistes rattachés au service de soin correspondant

ANNEXE 2



Direction des Ressources Humaines
Service du Recrutement
no/fiche de poste CEJAMO

FICHE DE POSTE

AGENT MOBILE D'ACCUEIL & D'ORIENTATION

OBJECTIF :

- ⇒ L'agent renseigne toute personne le souhaitant, l'accompagne jusqu'à l'endroit désiré si nécessaire
- ⇒ intervient à la demande de l'hôtesse et notamment au service des urgences
- ⇒ son action se situe en amont de la prise en charge par une unité de consultation ou de soins, c'est à dire assurer la liaison et éventuellement l'accompagnement entre le service des urgences et les consultations ou les services cliniques

RATTACHEMENT HIERARCHIQUE :

- ⇒ Direction de la gestion des malades

FONCTIONS :

- ⇒ renseigne les patients et les familles rencontrés dans les différents couloirs
- ⇒ dirige ou accompagne les usagers (autonome, chaise roulante) avant leur prise en charge par une unité de consultation ou de soins
- ⇒ intervient en liaison avec les hôtesse

⇒ informe (par écrit) la Direction des Systèmes de Formation et de la Qualité des observations du public

⇒ contribue à l'amélioration de la signalétique

PROFIL :

⇒ accueillant et à l'écoute du public

⇒ disponible

⇒ bonne présentation

⇒ grande mobilité

⇒ bonne condition physique

PRESENCE ET HORAIRES :

⇒ 39h par semaine réparties sur une amplitude de : 7 heures 30 à 20 heures – 6 jours par semaine

PREVOIR :

⇒ deux tenues par agent (à définir)

⇒ prévoir nécessaire pour prendre des notes

⇒ BIP

⇒ point de rattachement (hôtesses Jacques de la Roque et Urgences)

⇒ formation sur géographie des services, à prendre en charge par Martine PANTERA

⇒ fournir un document avec noms des médecins et des spécialités de chaque service (consultations et services de soins)

ANNEXE 3



PROFIL DE POSTE AGENT MOBILE ET D'ORIENTATION

I. FONCTION

Agent à vocation d'amélioration de la signalétique à l'hôpital et du circuit du patient.

II. CADRE DE LA FONCTION

L'agent exerce ses fonctions au sein du centre hospitalier du Pays d'Aix.

Selon ses horaires, il est soit basé à la banque d'accueil du niveau 1 de l'aile Cézanne, soit à la banque d'accueil de Jacques de la Rocque, soit pour partie à Jacques de la Rocque et pour partie à l'accueil du service des urgences.

Réputés mobiles, les agents ont une pleine connaissance de la configuration de l'établissement dans lequel ils travaillent.

III. BENEFICIAIRES

Les patients, leurs familles et visiteurs de l'établissement.

IV. MISSION

Diriger et accompagner si nécessaire les usagers jusqu'à leur prise en charge par l'équipe soignante

Renseigner les usagers rencontrés dans les différents couloirs afin de contribuer à l'amélioration de la signalisation au sein de l'établissement

Répondre aux demandes d'orientation et d'accompagnement formulés par les services par bip de l'agent d'accueil.

Informé par écrit la direction des Systèmes de Formation et de la Qualité des observations du public.

V. LIAISONS

L'agent est rattaché hiérarchiquement et fonctionnellement au service de la gestion des malades.

Il dépend directement de Madame ROSA Josiane, adjoint des cadres du Bureau des entrées central de Jacques de la Rocque.

VI. HORAIRES

Les horaires varient selon la localisation de l'agent.

Les agents étant au nombre de trois, ils tournent par rotation de trois semaines sur les différents postes.

Poste basé à l'accueil Cézanne 8-16 du lundi au vendredi

Poste basé à Jacques de la Rocque 8-16 du lundi au vendredi

Poste basé à Jacques de la Rocque 12-20 du lundi au samedi (samedi 12-19 h)

VII. TRAVAIL

Les tâches varient selon l'horaire effectué ; chaque agent est supposé effectuer ces tâches alternativement.

- Poste basé à l'accueil Cézanne 8-16

8h-10h :

Accueil à la banque

Dépôt des fiches de circulation auprès de la secrétaire d'anesthésie.

Orientation des consultants d'anesthésie présents dans le sas grâce au planning des consultations.

10h-12h :

Distribution des livrets d'accueil à la maternité et du nécessaire pour la confection des consultations externes de chirurgie.

Gestion centrale des stocks de livrets d'accueil des services de Cézanne.

12h-16h :

Récupération auprès des laboratoires des actes des consultants d'anesthésie :
enregistrement de ces actes et de la consultation.

Récupération auprès de la secrétaire d'anesthésie des fiches de circulation des consultants.

Enregistrement des actes, mise à jour des renseignements (sécurité sociale)

Edition des fiches de circulation pour la prochaine consultation.

- Poste basé à Jacques de la Rocque 10-18

8h-10h30 : Suppléance des hôtessees.

Accompagnement dans les services.

Orientation des patients

L'agent doit être joignable et disponible pendant cette tranche horaire : il doit satisfaire les besoins d'orientation, d'accompagnement et de services divers des patients consultants et hospitalisés.

10h30-12h :

Récupération des pochettes auprès de la coordinatrice BE. Ces pochettes contiennent les documents à transmettre et à demander dans les services de soins par l'intermédiaire des ASET.

Après de chaque ASET, l'agent récupérera les documents à redescendre et donnera suite aux diverses demandes (besoin de feuilles de mouvements, problème spécifique administratif avec un patient...)

Pendant cet itinéraire, l'agent sera amené à orienter les patients et visiteurs.

14h-16h : même démarche.

Les papiers devront être récupérés impérativement dans la journée. Si la pochette n'est pas prête, l'agent repassera le lendemain aux premières heures pour récupérer la pochette laissée par l'ASET à cet effet. En définitive, une pochette ne peut séjourner plus de 24 heures dans le service.

Cet agent est mobile prioritairement.

- Poste basé à Jacques de la Rocque 12-20

Semaine :

12h-13h : remplacement de l'hôtesse d'accueil pendant sa pause-déjeuner

13-13h30 : repas

13h30-16 : renseignement, orientation et accompagnement du public

16h-20h : admission des patients des urgences

Gestion des livrets d'accueil des unités de JDR

Week-end :

12h-13h : récupération du mouvement

13h30-19h : admission des patients des urgences

VIII. PLANNING DE TRAVAIL :

Les agents effectuent des rotations de trois semaines sur chaque poste.

Les agents sont polyvalents : ils sont capables d'alterner successivement les trois postes mais aussi de remplacer leurs collègues en cas d'absence, de congés, de départ.

Les tâches devant impérativement être effectuées :

Récupération des mouvements et documents

Accueil urgences

Enregistrement des consultants anesthésie.

Cas de figure : 2 agents : 8-16 Cézanne 12-20 JDR

L'agent de Cézanne passera récupérer les pièces nécessaires et fera les transmissions BE/ASET à 10h.

L'agent de JDR répétera l'opération à 14h.

Tout document ou demande de document transmis après 16h se fera par l'intermédiaire de l'ASET coordinatrice BE.

Cas de figure : 1 agent : 12-20 JDR

L'agent passera récupérer les documents à 12h et 16h. Les transmissions du matin se feront avec la coordinatrice BE directement.

L'agent occupera son poste aux urgences à 16h30.

L'agent devra récupérer les actes et examens des consultants d'anesthésie à 14h et les enregistrer. Il devra éditer les fiches de circulation pour la prochaine consultation et les déposer au secrétariat. (En cas de fermeture de ce dernier, les glisser sous la porte est une solution admise).

IX. Capacités

Pour ce poste, il est nécessaire de mobiliser les qualités suivantes :

- ✓ Esprit d'équipe
- ✓ Amabilité et discrétion
- ✓ Etre serviable
- ✓ Etre à l'écoute des autres
- ✓ Disponibilité, maîtrise de soi, tolérance.

Capacités nécessaires :

- ✓ Organisation
- ✓ Adaptation aux modes de travail différents selon les unités et secteur
- ✓ Discrétion professionnelle

Ce poste permet de développer :

- ✓ Des qualités de communication
- ✓ Des capacités d'initiatives pour améliorer la qualité de l'accueil
- ✓ Une meilleur connaissance du milieu hospitalier et une plus grande approche de la personne malade.

ANNEXE 4



PROFIL DE POSTE **AGENT D'ACCUEIL ET DE SERVICE D'ETAGE** PROFIL COMMUN

I. FONCTION

Agent d'accueil sous contrat emploi-jeune.

II. CADRE DE LA FONCTION

L'agent exerce son service au sein du centre hospitalier du pays d'Aix . Localisé à un étage particulier, il a en charge les divers services et unités qui s'y trouvent.

III. BENEFICIAIRES

Les patients et consultants, ainsi que leurs familles, pris en charge dans les deux services

IV. MISSION

L'agent a pour mission d'améliorer l'accueil du patient dans les services en question. A cette fin, il doit faciliter la prise en charge du patient tant administrative que soignante.

Il doit diminuer notamment le circuit du patient dans l'établissement. Il doit transmettre en temps réel les informations et documents utiles au séjour du patient au service de la gestion des malades.

L'agent doit veiller au confort du patient et de ses proches.

V. LIAISONS

L'agent d'accueil est partie intégrante des équipes soignantes et administratives de l'étage. Il doit donc travailler en collaboration avec ces équipes, les secrétaires et les cadres des unités dont il a la charge.

Hiérarchiquement, l'agent est rattaché au service de la gestion des malades, dépendant directement de Madame ROSA, adjoint des cadres de l'accueil central Jacques de la Rocque.

Fonctionnellement, l'agent en liaison avec les cadres des différents services.

VI. HORAIRES

Les agents effectuent leur service 39 heures par semaine, de 10 à 18 heures.

VII. TRAVAIL

La répartition des tâches est la suivante :

10h-12h30 :

- Accueil des patients, consultants et visiteurs.
- Identification des entrants et sortants des unités.

Pour les sortants : vérifier la complétude du dossier.

Délivrer le bulletin d'hospitalisation le cas échéant.

Récupérer les questionnaires de sortie.

Pour les entrants : accueil personnalisé.

Récupération des documents nécessaires à leur prise en charge, les transmettre à l'AMO qui les récupérera dans sa tournée.

Leur délivrer le livret d'accueil, le présenter et le commenter en insistant sur l'importance du questionnaire de sortie. Proposer l'installation de divers services (téléphone, télévision, tickets-repas accompagnants, ...)

- Répondre aux attentes des personnes hospitalisés en matière de loisirs
- Enregistrer le mouvement
- Renouveler les étiquettes au besoin

12h30-13h :

Repas

13h-14h :

- Standard téléphonique pendant les transmissions infirmières
- Petits travaux de traitement de texte utiles au service.
- Préparation des livrets d'accueil
- Inventaire des documents manquants, des transmissions au BE à faire. Préparer les documents à acheminer pour l'AMO de JDR qui en retour rapportera les documents nécessaires du BE.

14h-17h :

Accueil des patients, consultants et visiteurs.

Identification des entrants et sortants des unités.

Pour les sortants : vérifier la complétude du dossier. Délivrer le bulletin d'hospitalisation le cas échéant. Récupérer les questionnaires de sortie.

Pour les entrants : accueil personnalisé.

Récupération des documents nécessaires à leur prise en charge. les transmettre à l'AMO qui les récupérera dans sa tournée.

Leur délivrer le livret d'accueil, le présenter et le commenter en insistant sur l'importance du questionnaire de sortie. Proposer l'installation de divers services (téléphone, télévision, presse, ...)

Répondre aux attentes des personnes hospitalisés en matière de loisirs

Collecte des bons violets et enregistrement des consultations

Renouvellement des étiquettes

17h-18h :

Accueil des patients, consultants et visiteurs.

Enregistrer le mouvement

Accueil téléphonique après le départ de la dernière secrétaire

Préparer les admissions du lendemain

Réservation des lits en fonction des pré-admissions

VIII. CAPACITES ET APTITUDES

Pour ce poste, il est nécessaire de mobiliser les qualités suivantes :

- ✓ Désir de travailler en équipe
- ✓ Amabilité et discrétion
- ✓ Etre serviable
- ✓ Etre à l'écoute des autres
- ✓ Disponibilité, maîtrise de soi, tolérance.

Capacités nécessaires :

- ✓ Organisation
- ✓ Adaptation aux modes de travail différents selon les unités et secteur
- ✓ Discrétion professionnelle

Ce poste permet de développer :

- ✓ Des qualités de communication
- ✓ Des capacités d'initiatives pour améliorer la qualité de l'accueil
- ✓ Une meilleur connaissance du milieu hospitalier et une plus grande approche de la personne malade.

ANNEXE 5

FICHE EVALUATION ASET

FONCTIONS

ACCUEIL

- Accompagnement et orientation des usagers de l'hôpital
- Adaptation aux besoins de l'individu
- Prise en compte de la famille

Capacités nécessaires

Connaissance de l'hôpital (circuit, fonctionnement, services....)

	A	B	C	D
Ecoute				
	A	B	C	D
Discrétion				
	A	B	C	D
Sourire				
	A	B	C	D

AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

- Informer le patient sur son séjour à l'hôpital
- Compléter sa prise en charge hôtelière
- Etre l'interface soignant / Bureau des entrées pour toutes les questions liées au séjour du patient

Capacités nécessaires

Patience

A B C D

Adaptabilité à la vie du service

A B C D

AMELIORATION DE LA GESTION ADMINISTRATIVE

- Gestion des dossiers des hospitalisés (vérification complétude des renseignements)
- Gestion des séjours des hospitalisés (mouvement, localisation, admissions réduites...)
- Gestion de certains actes externes

Capacités nécessaires

Maîtrise du logiciel C-PAGE V2

A B C D

Connaissance d'éléments de gestion (risque, codification des actes...)

A B C D

Veiller à l'exhaustivité des renseignements

A B C D

QUALITES A METTRE EN OEUVRE

- Discrétion professionnelle

A B C D

- Ponctualité et assiduité

A B C D

- Disponibilité

A B C D

- Esprit d'équipe

A B C D

- Amabilité

A B C D

- Organisation et priorisation des tâches

A B C D

Appréciation générale

Le responsable du service

Le cadre infirmier

Signature de l'agent