



**EHESP**

---

**Directeur d'établissement social et  
médico-social public**

Promotion : **2007 - 2008**

Date du Jury : **Décembre 2008**

---

**L'entrée dans la démarche GPEC par  
les fiches emploi : un levier de  
dynamique institutionnelle**

**La construction du répertoire des emplois à la clinique médicale  
et pédagogique Jean Sarrailh**

---

**Magali MIOSSEC**

---

# Remerciements

---

Je tiens tout d'abord à remercier le directeur de la clinique Jean Sarrailh, René Douarin, pour avoir bien voulu m'accueillir dans un établissement où il venait de prendre ses fonctions.

Je le remercie pour son précieux accompagnement tout au long de mon stage, pour son ouverture d'esprit, sa disponibilité et la confiance qu'il a pu me témoigner durant ces huit mois. Les nombreux échanges que nous avons eus me seront précieux dans le cadre de l'exercice de mes futures fonctions.

Je tiens également à remercier l'ensemble des professionnels de la clinique Jean Sarrailh pour leur accueil et sans qui la réalisation du répertoire des emplois n'aurait pas pu être menée à bien.

Je tiens enfin à remercier les membres du groupe de travail GPEC pour m'avoir permis de participer à leurs réunions mensuelles, pour leur disponibilité et les éclairages qu'ils ont pu m'apporter.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Un outil stratégique de management : la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences .....</b>	<b>9</b>
<b>1.1 La GPEC, un concept incontournable .....</b>	<b>9</b>
1.1.1 Définition du concept de GPEC .....	9
1.1.2 Enjeux de la démarche GPEC dans la fonction publique hospitalière.....	13
<b>1.2 La GPEC, une démarche prospective .....</b>	<b>18</b>
1.2.1 Les modes d'entrée dans la GPEC.....	18
1.2.2 Les étapes de la démarche GPEC .....	19
1.2.3 La place des organisations syndicales dans la démarche GPEC.....	22
<b>2 La construction des fiches emploi : genèse d'une démarche GPEC pour la clinique Jean Sarrailh .....</b>	<b>27</b>
<b>2.1 Une démarche GPEC initiée par la fondation santé des étudiants de France .....</b>	<b>27</b>
2.1.1 Présentation de la fondation santé des étudiants de France.....	27
2.1.2 Enjeux d'une démarche GPEC pour la fondation santé des étudiants de France .....	29
2.1.3 Méthodologie suivie par la fondation santé des étudiants de France .....	31
<b>2.2 Une construction difficile du répertoire des emplois à la clinique Jean Sarrailh.....</b>	<b>33</b>
2.2.1 Présentation de la clinique Jean Sarrailh.....	33
2.2.2 Enjeux des fiches emploi pour la clinique Jean Sarrailh.....	38
2.2.3 Méthodologie adoptée par la clinique Jean Sarrailh pour la construction du répertoire des emplois .....	39
<b>3 Le processus de construction des fiches emploi à la clinique Jean Sarrailh : un véritable levier de management pour le directeur.....</b>	<b>47</b>
<b>3.1 Points forts en terme de management du processus de construction du répertoire des emplois .....</b>	<b>47</b>
3.1.1 La construction d'un cadre de référence commun au service de l'utilisateur.....	47
3.1.2 L'entrée dans une dynamique de changement.....	49

<b>3.2 Propositions concrètes d'amélioration du processus de construction des fiches emploi à la clinique Jean Sarrailh .....</b>	<b>52</b>
3.2.1 Faire de la communication un outil central d'accompagnement du changement.....	52
3.2.2 Planifier davantage le processus de construction du répertoire des emplois.....	54
3.2.3 Faire des cadres un moteur dans le processus de construction du répertoire des emplois .....	55
<b>Conclusion .....</b>	<b>57</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>59</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ALD <i>Affection Longue Durée</i>	GPEEC <i>Gestion Prévisionnelle des Emplois, des Effectifs et des Compétences</i>
ARH <i>Agence Régionale de l'Hospitalisation</i>	GRH <i>Gestion des Ressources Humaines</i>
BC <i>Bilan de Compétences</i>	HAS <i>Haute Autorité de Santé</i>
CA <i>Conseil d'Administration</i>	INSEE <i>Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques</i>
CATTP <i>Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel</i>	MCO <i>Médecine Chirurgie Obstétrique</i>
CCN <i>Convention Collective Nationale</i>	MEDEF <i>Mouvement des Entreprises de France</i>
CDE <i>Centre Départemental de l'Enfance</i>	ONEMFPH <i>Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière</i>
CEREQ <i>Centre d'Etudes et de Recherches sur les Qualifications</i>	OS <i>Organisation Syndicale</i>
CFP <i>Congés de Formation Professionnelle</i>	OST <i>Organisation Scientifique du Travail</i>
CMUDD <i>Centre Médico-Universitaire Daniel Douady</i>	PSE <i>Plan de Sauvegarde de l'Emploi</i>
DG <i>Direction Générale</i>	PSPH <i>Participant au Service Public Hospitalier</i>
DGEFP <i>Direction Générale de l'Emploi et de la Formation Professionnelle</i>	PSY <i>Psychiatrie</i>
DHOS <i>Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins</i>	RH <i>Ressources Humaines</i>
DIF <i>Droit Individuel à la Formation</i>	ROME <i>Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois</i>
ETP <i>Equivalent Temps Plein</i>	SROS <i>Schéma Régional d'Organisation Sanitaire</i>
FEHAP <i>Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privée à but non lucratif</i>	SSR <i>Soins de Suite et de Réadaptation</i>
FPH <i>Fonction Publique Hospitalière</i>	T2A <i>Tarifcation A l'Activité</i>
FPTLV <i>Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie</i>	TIC <i>Techniques de l'Information et de la Communication</i>
FSEF <i>Fondation Santé des Etudiants de France</i>	UNEF <i>Union Nationale des Etudiants de France</i>
GPEC <i>Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences</i>	VAE <i>Validation des Acquis de l'Expérience</i>

## Introduction

« C'est parce que l'on va plus vite et dans une plus grande incertitude qu'il faut des phares qui éclairent plus loin », Gaston Berger<sup>1</sup>.

Accélération des évolutions technologiques, augmentation de la concurrence dans le secteur de la santé, accroissement des besoins et des exigences du public, mais aussi départs massifs à la retraite dans les années à venir, la survie des organisations va dépendre de leur capacité à intégrer leur environnement. Dans un contexte d'incertitudes et de mutations permanentes, il convient d'adapter les facteurs de production, et notamment le facteur humain, en développant une stratégie d'anticipation, de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC).

Le concept de GPEC trouve son origine dans le secteur industriel et s'inscrit dans une évolution de la fonction ressources humaines.

Autrefois appelée gestion du personnel, la gestion des ressources humaines a longtemps été empreinte du taylorisme. Le taylorisme est un système d'organisation du travail mis au point par l'ingénieur américain Frédéric Winslow Taylor (1856 – 1915) et qui répond à un objectif, celui de la productivité. Taylor s'interroge sur les raisons pour lesquelles les travailleurs n'ont pas envie de produire toujours plus ; selon lui, les méthodes de travail empiriques provoquent un gaspillage d'énergie des ouvriers et surtout la majoration des salaires n'est pas proportionnelle à la production. Dès lors, il propose une organisation du travail, appelée Organisation Scientifique du Travail (OST), qui repose sur une division verticale du travail, c'est-à-dire une séparation entre la conception et l'exécution et une division horizontale du travail, c'est-à-dire une parcellisation des activités et une spécialisation des ouvriers (c'est le travail à la chaîne). En échange de son travail et de sa force physique, l'ouvrier reçoit un salaire proportionnel à son rendement.

Dans les années 1970, dans un contexte concurrentiel croissant et en continuelle évolution, la notion de productivité va laisser place à celle de compétitivité. L'un des facteurs clé de la compétitivité est la motivation des travailleurs<sup>2</sup>. Dès lors, la parcellisation du travail montre rapidement ses limites liées à l'absence d'intérêt de l'exécutant pour sa tâche. Il faut adopter une perspective plus globale et plus qualitative que la gestion du personnel : c'est la gestion prévisionnelle des carrières.

À la différence de la gestion du personnel, la gestion prévisionnelle des carrières répond à des préoccupations de gestion des individus. Elle procède d'une recherche

---

<sup>1</sup> Philosophe français (1896-1960).

<sup>2</sup> LEVY-LEBOYER Cl., *La motivation dans l'entreprise, modèles et stratégie*, Paris : Les Editions d'Organisation, 1998. 245p.

anticipée d'adéquation des travailleurs aux emplois de l'entreprise. Cette orientation de la gestion des ressources humaines a surtout été appliquée aux cadres : face à l'entreprise, celui-ci poursuit des objectifs multiples, il attend d'elle une rémunération mais également plus qu'un emploi, une carrière.

La crise économique induite par les deux chocs pétroliers de 1973 et 1979 amène à repenser la gestion du personnel jusqu'alors trop centrée sur les individus et pas assez sur l'organisation. Il ne s'agit plus d'optimiser une gestion des ressources humaines en période de croissance, mais de prévenir les crises : « *les démarches projectives et prévisionnelles qui fonctionnaient bien en période de croissance assurée et régulière doivent maintenant être complétées par une réflexion prospective* »<sup>3</sup> : c'est la naissance de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC).

Selon la formule de F. Berton et G. Douenel<sup>4</sup>, la GPEC devient à partir des années 1990 « *une affaire d'État* ». Les pouvoirs publics vont s'efforcer de pousser les entreprises à entrer dans une démarche GPEC. C'est ainsi qu'elle apparaît dans le code du travail avec la loi Soisson du 2 Août 1989<sup>5</sup> et, depuis la loi Borloo du 18 Janvier 2005<sup>6</sup>, l'article L.320-2 du code du travail fait obligation aux entreprises de 300 salariés et plus de négocier tous les trois ans la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences<sup>7</sup>.

La plupart des ouvrages et articles produits depuis plus de dix ans sur la GPEC concernent directement l'entreprise privée. Pourtant, la crise économique qui a frappé le secteur industriel n'a pas épargné la fonction publique et a conduit les ministres à s'intéresser aux méthodes modernes de gestion et de management.

Ainsi, la GPEC a fait son entrée dans la sphère publique avec la circulaire Rocard du 23 Février 1989<sup>8</sup>. La transposition de cet outil au secteur public n'allait pourtant pas de soi *a priori* dans la mesure où « *les missions publiques ont des processus souvent inversés par rapport aux objectifs marchands* »<sup>9</sup>. Mais le contexte économique, aussi contraignant pour le secteur public que pour le secteur privé, a entraîné une plus grande rationalisation de la gestion publique et notamment dans son volet gestion des ressources

---

<sup>3</sup> LE BOTERF G., *Le schéma directeur des emplois et des ressources humaines. Un outil de management stratégique*. Paris : Les Editions d'Organisation, 1988. 233p.

<sup>4</sup> BERTON F., DOUENEL G., *Gestion prévisionnelle des emplois et formation*. Paris : Centre Inffo, 1990. 128p.

<sup>5</sup> RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1989. - Loi n° 89-905 du 19 décembre 1989 favorisant le retour à l'emploi et à la lutte contre l'exclusion professionnelle. *Journal Officiel de la République Française*, 20 décembre 1989, p.15783.

<sup>6</sup> RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2005. – Loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale. *Journal Officiel de la République Française*, 19 janvier 2005, p. 864.

<sup>7</sup> Les trois fonctions publiques sont hors du champs de l'obligation triennale de négocier. Elles y sont tout de même fortement invitées par les travaux menés dans le domaine.

<sup>8</sup> RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1989. - Circulaire Rocard du 23 février 1989 relative au renouveau du service public, *Journal Officiel de la République Française*, 24 février 1989, p.2526.

<sup>9</sup> LOUART P., « La gestion des ressources humaines dans les trois fonctions publiques : sur les pas du privé ». *Personnel*, Octobre 2003, n°443, p.20.

humaines. La GPEC « *n'est donc pas une mode, un discours, un outil, mais une démarche prenant en compte une nécessité économique* »<sup>10</sup>.

Érigée au rang « *d'instrument privilégié d'une politique de valorisation des ressources humaines [qui permettra] d'assurer la cohérence entre l'évolution des métiers, des qualifications et des politiques de gestion des personnels* »<sup>11</sup>, force est de reconnaître que la GPEC n'a pourtant pas été portée par les instances politiques comme une réelle démarche stratégique au service du public. Dès lors, sa mise en place suscitera peu d'engouement et se fera à des rythmes différents selon les ministères.

Concernant le ministère de la santé, celui-ci n'a pas attendu la reconnaissance officielle de la GPEC pour en voir l'intérêt, tant dans ses aspects prévisionnels que curatifs. La démarche a débuté en 1986 par un état des lieux dressé à la demande de la direction des hôpitaux par le Centre d'Études et de Recherches sur les Qualifications (CEREQ) autour de la situation des emplois des services administratifs et logistiques<sup>12</sup>. Cette étude révélera que cette population se caractérise notamment par un faible turnover, une absence de mobilité et un fort taux de mise en disponibilité. Aussi, dès 1988, la direction des hôpitaux a réfléchi autour d'une aide méthodologique à apporter aux établissements confrontés aux problèmes de reconversion des personnels techniques et ouvriers ; cette réflexion trouvera un aboutissement en 1991 dans le livre référence de Nicole Raoult « *Gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier* », dont la préface signée Gérard Vincent, directeur des hôpitaux, évoque la GPEC comme « *une préoccupation nationale. Elle [la GPEC] s'inscrit dans une initiative gouvernementale qui a permis des échanges fructueux avec la fonction publique d'État. Dans les établissements hospitaliers, elle devient une nécessité impérieuse dans le cadre des projets d'établissements définis par la loi hospitalière* »<sup>13</sup>. À ce titre, il souhaite « *qu'un grand nombre d'établissements puisse prendre connaissance de ce guide et en tirer un meilleur parti* ».

Malgré la volonté politique affichée du ministère de la santé de diffuser la GPEC dans les hôpitaux, peu d'établissements se lanceront dans cette démarche jugée par certains de « *lourde machine à décrire* ». Le ministère lancera alors une nouvelle réflexion en 1995 visant à faire un point sur les expériences individuelles des hôpitaux en la matière et à en tirer les enseignements. Les démarches de gestion prévisionnelle dans la fonction publique hospitalière vont connaître une importante avancée à partir des

---

<sup>10</sup> LANDIER H., consultant en relations sociales.

<sup>11</sup> RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1989. - Circulaire Rocard du 23 février 1989 relative au renouveau du service public, *Journal Officiel de la République Française*, 24 février 1989, p.2526.

<sup>12</sup> ACKER F., DENIS G., « Evolution du travail et des emplois dans les services administratifs et logistiques ». *CEREQ*, Février 1988, n°34.

<sup>13</sup> RAOULT N., *La gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier*, Paris : L'Harmattan, 1991. 285p.



ordonnances de 1996<sup>14</sup> qui vont obliger les établissements de santé à s'engager dans une démarche d'accréditation ; le manuel d'accréditation va faire de la prévision en matière de ressources humaines un critère d'appréciation de la qualité. Ainsi, retenant une approche extrêmement pédagogique, le ministère diffusera en 1997 un guide sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences à l'intention des hôpitaux.

La GPEC est une démarche qui, à travers un certain nombre d'outils, va permettre de mener une réflexion afin d'anticiper à moyen et long termes les mutations pour en gérer les conséquences en matière de ressources humaines (volume, compétences, coûts) et mettre en place des plans d'action (formation, mobilité, recrutement, etc.) collectifs et individuels.

C'est dans cet environnement en pleine mutation que s'inscrit la clinique médicale et pédagogique Jean Sarrailh, l'un des onze établissements Participant au Service Public Hospitalier (PSPH) de la Fondation Santé des Etudiants de France (FSEF).

La fondation santé des étudiants de France trouve son origine dans une initiative prise par l'Union Nationale des Étudiants de France (UNEF) en 1923 pour faire face au problème que représentait la tuberculose. En cette première moitié de siècle, seul un malade sur deux, atteint de cette maladie, survit. Les recherches médicamenteuses dans ce domaine ne trouvant de réelles issues, les patients sont donc isolés en montagne afin de "*respirer l'air pur*", et ceci pour des durées assez longues. La tuberculose touchant toutes les populations, les étudiants ne font pas exception. Ceux atteints de cette pathologie se trouvent dans l'obligation d'arrêter leurs études. D'où l'idée de l'UNEF d'allier une université à un sanatorium. Reconnue d'utilité publique en 1925, la « fondation sanatorium des étudiants de France » ouvre en 1933 le premier sanatorium des étudiants à Saint-Hilaire du Touvet (Isère), bientôt suivi d'un réseau d'établissements répartis sur l'ensemble du territoire national et consacrés à la lutte antituberculeuse, associant soins-études.

Les progrès accomplis dans les années 1950 dans le dépistage et le traitement de la tuberculose ont conduit la fondation à engager sa conversion vers la prise en charge d'autres pathologies (psychiques, traumatiques, somatiques) répondant ainsi à l'émergence de nouvelles demandes de soins. La « *fondation sanatorium des étudiants de France* » devient alors la « *fondation santé des étudiants de France* ».

Aujourd'hui, la fondation gère plus particulièrement trois types de pathologie : les troubles psychiatriques (psychoses, névroses, troubles des conduites alimentaires et états limites), la médecine physique et de réadaptation (orthopédie, traumatologie, affections

---

<sup>14</sup> RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1996. - Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Journal Officiel de la République Française* n°98, 25 avril 1996, p.6324.

neurologiques) et les soins de suite médicalisés (maladies métaboliques, immunodépressives acquises, hématologiques, néphrologiques, respiratoires et insuffisances rénales). Des services d'orientation ou de prise en charge ambulatoire se sont également développés, ainsi que des foyers d'hébergement relais favorisant la réinsertion des patients, tant en psychiatrie qu'en médecine et réadaptation.

Actuellement, la fondation compte onze établissements sanitaires et six structures médico-sociales qui représentent un total de 1400 lits et places agréés<sup>15</sup>. Chaque établissement dispose d'une annexe pédagogique rattachée à un lycée public, afin de dispenser un enseignement prenant en compte les pathologies traitées. Depuis 1977, ces établissements sont admis à participer à l'exécution du service public hospitalier.

Pour faire face aux évolutions dans le secteur de la santé et pour répondre aux exigences de la loi Borloo, la fondation est entrée en juin 2007 dans une démarche GPEC. Un groupe de travail a été mis en place et s'est réuni dès le mois de juillet. Il se compose de 4 membres de la direction générale, 3 adjoints de direction en ressources humaines des établissements de la fondation et de 2 directeurs d'établissement dont le directeur de la clinique médicale et pédagogique Jean Sarrailh.

La clinique médicale et pédagogique Jean Sarrailh se situe à Aire-sur-l'Adour, dans les Landes. C'est en 1949 que la FSEF investit les locaux abandonnés de l'ancien séminaire de la ville construit en 1850 par Monseigneur Lanneluc<sup>16</sup> pour y ouvrir un sanatorium pour lycéens et étudiants atteints de la tuberculose. Suite aux progrès de la médecine et de la nécessité pour les sanatoriums de se reconvertir, le centre Jean Sarrailh<sup>17</sup> est agréé en 1960 comme maison de santé pour maladies mentales, accueillant des adolescents de 14 à 20 ans. Après l'incendie ayant ravagé une partie des bâtiments et faisant de nombreuses victimes en 1982, il prendra possession des locaux restaurés en 1987. En 1996, le centre médico-psychologique Jean Sarrailh prend le nom de clinique médicale et pédagogique Jean Sarrailh. L'établissement est agréé par les pouvoirs publics pour 60 lits d'hospitalisation à temps plein et 20 places d'alternatives à l'hospitalisation et compte près de 100 agents.

Établissement sanitaire admis à participer au service public hospitalier, il me semble nécessaire d'apporter quelques précisions sémantiques : les professionnels ne relèvent pas du droit de la fonction publique mais du code du travail ; il en résulte qu'on ne parle pas d' « agent » mais de « salarié » ; en outre, la prise en charge concerne non

---

<sup>15</sup> Voir annexe 1.

<sup>16</sup> Durant la guerre de 14-18, le grand séminaire d'Aire-sur-l'Adour devient militaire et en 1928, il est transformé en caserne de garde républicaine mobile jusqu'à la dernière guerre mondiale.

<sup>17</sup> En 1964, à la mort du recteur Jean Sarrailh, président de la fondation, le centre de cure prend le nom de « centre Jean Sarrailh ».

pas des « *usagers* », comme dans les établissements sociaux et médico-sociaux, mais des « *patients* ».

Détaché de la fonction publique hospitalière, le directeur de l'établissement a pris ses fonctions en août 2007, succédant alors à une direction en place depuis plus de 15 ans. Mon stage a débuté en novembre 2007 par une visite des services de l'établissement afin d'en avoir une vision d'ensemble. Force est de constater ma difficulté à appréhender la place et la complémentarité entre chacun des acteurs (exemple : j'ai pu observer un cadre infirmier allant réveiller un jeune qui ne voulait pas aller en cours, alors que cela m'aurait plutôt semblé relever de la compétence d'un infirmier) ; constat appuyé par un certain nombre de professionnels de terrain qui évoquaient leurs difficultés à se situer dans l'institution, et par l'organigramme qui n'apportait que peu d'éclairage.

Dans ce contexte, il a alors semblé opportun pour la direction de la clinique Jean Sarrailh d'intégrer la démarche GPEC initiée par la fondation, par la mise en place de l'un de ses outils : la fiche emploi.

### **La fiche-emploi n'est-elle qu'un simple outil au service d'une démarche GPEC ou son processus de construction peut-il être un levier de dynamique institutionnelle ?**

L'un des objectifs prioritaires de la clinique Jean Sarrailh dans ses projets d'établissement 1999 – 2003 et 2004 – 2008 en matière de ressources humaines était la mise en place des fiches de poste. Ainsi une note de service de mai 2001 précisait que « *l'ensemble des fiches de poste devront être validées fin 2001* ». Et pourtant, malgré des notes répétées en 2002 et 2006, la Haute Autorité de Santé (HAS) dans son rapport de certification d'octobre 2006 relèvera que « *les fiches de poste sont [toujours] en cours d'élaboration* ».

Pourquoi le chantier des fiches de poste lancé en 2001 n'est-il toujours pas achevé sept ans plus tard ? plusieurs hypothèses peuvent venir expliquer cet état des lieux : la mise en place de cet outil peut être vécu par certains comme trop enfermant ; d'autres peuvent trouver bénéfique dans un contexte peu lisible leur permettant de créer des zones de pouvoirs.

Travailler sur la mise en place des fiches emploi à la clinique Jean Sarrailh supposait qu'au préalable je cerne de façon plus précise ce qu'est la GPEC. De nombreuses lectures m'ont permis de mieux appréhender le concept ainsi que la place des fiches emploi dans la démarche. J'ai participé mensuellement au groupe de travail mis en place au niveau de la direction générale ; durant mes huit mois de stage, nous avons travaillé principalement autour de deux outils : les entretiens de progrès et la cartographie des emplois existant à la FSEF.

Parallèlement, à la clinique Jean Sarrailh, en partant des quelques fiches de poste existantes dans la structure et des fiches métiers de la fonction publique hospitalière, j'ai demandé à chaque professionnel de travailler sur la définition de sa mission et de ses activités principales, l'idée étant ensuite de recouper, pour chaque emploi, les documents remis et d'en faire une fiche emploi. Mais, je me suis alors heurtée soit à des résistances, soit à une démotivation de la part de certains, démotivation due notamment au fait qu'ayant été invités à plusieurs reprises depuis 2001 à travailler sur leur fiche de poste, les salariés n'avaient jamais vu le dossier aboutir. Il était alors important d'accompagner au plus près chacun dans ce travail de rédaction afin de mettre en place un répertoire des emplois utile, utilisable et utilisé.

Il convient tout d'abord de préciser ce qu'est la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (Partie 1), avant de s'attarder plus longuement sur la mise en place à la clinique médicale et pédagogique Jean Sarrailh de l'un de ses outils, le répertoire des emplois dont le processus de construction (Partie 2), bien que perfectible, a été un véritable levier de dynamique institutionnelle (Partie 3).

# 1 Un outil stratégique de management : la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est d'abord apparue dans le secteur privé avant que le secteur public ne s'en saisisse. Instrument d'anticipation des évolutions du secteur (1-2), la GPEC est aujourd'hui devenu un concept incontournable (1-1).

## 1.1 La GPEC, un concept incontournable

Il convient tout d'abord de définir la notion de GPEC (1-1-1) avant d'en préciser les enjeux dans la fonction publique hospitalière (1-1-2).

### 1.1.1 Définition du concept de GPEC

La GPEC est une « *appellation non contrôlée* » (A) dont il convient de définir les termes (B).

A) Une « *appellation non contrôlée* »

Le développement de démarches prévisionnelles est un phénomène qui date de plus de trente ans. Pourtant, comme le relève Dayan, « *il n'existe pas de terminologie admise par tous et consacrée par l'usage* ». Ainsi, la gestion « *prévisionnelle* » peut également être appelée « *préventive* », « *anticipée* », « *anticipatrice* » ; elle peut porter sur la main d'œuvre, mais également sur les effectifs (GPEEC), les emplois ou les compétences.

La GPEC est dès lors une « *appellation non contrôlée* »<sup>18</sup>. Cependant, par souci de simplicité et parce que l'expression semble s'être généralisée ces dernières années, nous utiliserons le terme de GPEC.

À cette profusion de vocables, répond une absence de consensus autour de la définition de la notion de GPEC, chaque auteur insistant sur l'un de ses aspects.

Ainsi, D. WEISS définit la GPEC comme « *une démarche d'ingénierie des ressources humaines qui consiste à concevoir, à mettre en œuvre et à contrôler des politiques et des pratiques visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins*

---

<sup>18</sup> BARON X., « La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences en entreprise », *La Documentation Française*, n°262, Juillet-Septembre 1993, pp.3-18.

et les ressources de l'entreprise tant sur le plan quantitatif (effectifs) que sur le plan qualitatif (compétences) »<sup>19</sup>.

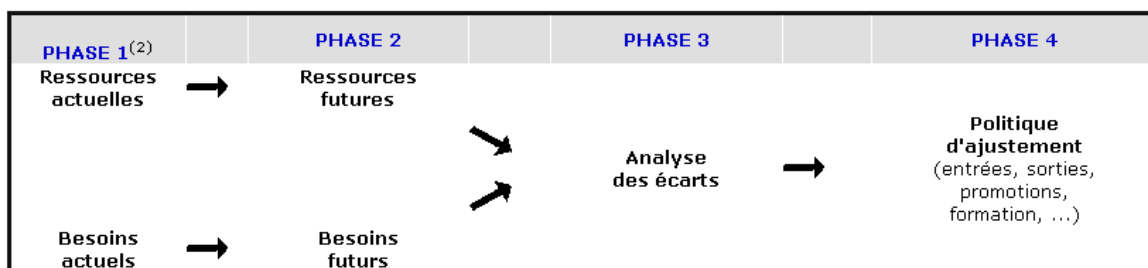
Cette réflexion, qui s'inscrit dans le plan stratégique de l'établissement, laisse de côté les stratégies individuelles de développement professionnel. Nous lui préférons alors la définition donnée par Ch. Sauret et D. Thierry en 1990<sup>20</sup> : « La GPEC consiste en la conception, la mise en œuvre et le suivi des politiques et plans d'action cohérents visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'établissement, tant en terme d'effectifs que de compétences/en fonction de son plan stratégique, ou au moins d'objectifs à moyen terme bien identifiés/et en impliquant le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution personnelle ».

Cette définition insiste non seulement davantage sur la relation à faire entre le présent et le futur, les compétences requises de l'établissement et les compétences des professionnels, mais aussi sur la nécessité de faire « converger l'économique et le social au profit de la performance collective » (Annie de Soza).

Cette définition a inspiré de nombreux auteurs et a été reprise par Nicole RAOULT dans le guide de GPEC piloté par la direction des hôpitaux<sup>21</sup>.

Malgré de nombreuses appellations et définitions, il convient de retenir que :

- la GPEC est avant tout une démarche ce qui implique la mise en œuvre d'un processus ;
- cette démarche n'est pas un outil mais une analyse qui va permettre de mener une réflexion sur les moyens à mettre en œuvre pour réduire l'écart entre les besoins de la structure et les ressources humaines disponibles. Elle peut être schématisée ainsi <sup>22</sup>:



- la GPEC s'inscrit dans le plan stratégique de l'établissement ; dans le secteur sanitaire, social et médico-social, les orientations stratégiques de l'établissement trouvent leur formalisation dans le projet d'établissement ;

<sup>19</sup> WEISS D., *Les ressources humaines*, Paris : Les Editions d'Organisation, 1999. 805p.

<sup>20</sup> DOMINIQUE Th., SAURET Ch., *La gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences*. Paris : L'Harmattan, 2<sup>ème</sup> éd. 1994. 186p.

<sup>21</sup> RAOULT N., *La gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier*, Paris : L'Harmattan, 1991. 285p.

<sup>22</sup> MALLET L., *Gestion prévisionnelle de l'emploi*, Paris : Editions Liaisons, 1991. 200p.

- enfin, la GPEC ne peut s'affranchir de la prise en compte des aptitudes et aspirations individuelles ; il s'agit d'une démarche qui combine une dimension collective et une dimension individuelle.

## B) Les quatre composantes de la GPEC

À ce stade de la réflexion, il convient de préciser les quatre composantes de la GPEC, à savoir la notion de gestion, de prévision, d'emploi et de compétence.

- La notion de gestion : cette notion rappelle que la GPEC est avant tout une question de management.

- La notion de prévision<sup>23</sup> : la prévision est définie par le dictionnaire Larousse comme le fait de « *penser d'après certaines données, qu'un fait futur est très probable* ». Parce que « *gouverner c'est prévoir* », le besoin de raisonner sur l'avenir s'impose au gestionnaire quel que soit le secteur où il exerce son activité. Ainsi, l'application de méthodes de prévision concerne *a priori* aussi bien les marchés, les prix que les ressources humaines. Pour ces dernières, la prévision peut reposer sur divers indicateurs allant du turn-over et de l'absentéisme à la pyramide des âges en passant par une réflexion sur l'évolution des métiers et de l'activité.

- La notion d'emploi : il existe en général une personne par poste de travail. Le poste de travail est l'unité élémentaire de la division du travail.

Le regroupement d'un ensemble de postes de travail très proches les uns des autres du fait des missions et des activités communes constitue un emploi<sup>24</sup>. Un référentiel d'emplois est un document « *contextualisé* » en ce sens qu'il est associé à un service, à un environnement local.

Le regroupement d'un ensemble d'emplois présentant des « *activités identiques ou similaires suffisamment homogènes pour être occupées par un même individu* »<sup>25</sup> constitue les emplois-type. Un référentiel d'emplois-type est un document « *générique* » en ce sens qu'il est réalisé au niveau central (national, interrégional ou local). L'emploi-type ne décrit pas une situation réelle ; il a valeur de modèle permettant de mieux comprendre le fonctionnement d'une organisation de travail.

---

<sup>23</sup> La prévision se distingue de la prédiction en ce qu'elle est affectée d'un caractère aléatoire dû à l'incertitude de l'avenir, tandis que la prédiction résulte de modèles mathématiques.

<sup>24</sup> Le droit de la fonction publique distingue l'emploi du grade. Ainsi, le grade est le titre qui confère à son titulaire vocation à occuper l'un des emplois qui lui correspondent. A chaque grade correspond une échelle indiciaire dotée de plusieurs échelons ; l'emploi est inclus dans l'effectif budgétaire de l'établissement, c'est-à-dire qu'un crédit gage son existence et permet donc de rémunérer son titulaire. Si l'agent est titulaire de son grade, il n'est pas titulaire de son emploi.

<sup>25</sup> « Les emplois types de la fonction publique », CEREQ, 1990, Cahier n°17.

Parmi les emplois-type, certains présentent des enjeux particuliers en raison des évolutions (évolutions d'ordre social/technologique/règlementaire/organisationnel) qu'ils sont susceptibles de connaître à court et moyen termes : on parlera d'emploi sensible.

Le regroupement d'emplois (ou emplois-type) liés par une même technicité, représentant un noyau dur commun d'activités et requérant des compétences proches constitue le métier.

Enfin, la maille la plus large de classification des emplois, emplois-type ou métiers selon une technicité dominante et une culture socioprofessionnelle commune est la famille professionnelle.

- La notion de compétence : bien que couramment utilisée notamment en matière de ressources humaines, sa définition ne fait pas l'objet d'un consensus doctrinal.

Ainsi, pour Cl. Lévy-Leboyer, la compétence se définit « *comme des répertoires de comportements plus ou moins bien maîtrisés. Ces comportements sont observables en situation, ils mettent en œuvre de manière intégrée des aptitudes, des traits de personnalité et des connaissances acquises. Les compétences ne peuvent pas se développer s'il ne préexiste pas les aptitudes associées* »<sup>26</sup>. Il résulte de cette définition que les compétences sont liées à une tâche ou une activité professionnelle déterminée, et plus précisément, aux missions qui font partie du poste. Le fonctionnement cognitif a également une importance décisive dans la compétence.

Pour Ph. Zarifian, la compétence « *est la prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté ; la compétence est la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager les enjeux, à assumer des domaines de coresponsabilité ; la compétence est une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforment, avec d'autant plus de force que la diversité des situations augmente* »<sup>27</sup>.

L'individu est donc un acteur qui s'engage, le sujet humain n'est pas considéré à l'image d'un ordinateur qui applique, il sélectionne ou choisit la réponse adaptée à la situation et répond de celle-ci. Il utilise donc une forme d'intelligence des situations qui renvoie aux apports de la psychologie cognitive. Sa compétence s'appuie sur les connaissances acquises qui pourront être mobilisées en situation et que la situation modifie. Néanmoins, l'individu seul n'est pas toujours compétent, il doit être capable de faire appel aux compétences d'autres.

Pour G. Le Boterf, la compétence n'est pas un état, elle est indissociable de l'action. Plus encore, elle « *ne peut être séparée de ses conditions de mise en*

---

<sup>26</sup> LEVY-LEBOYER Cl., *La gestion des compétences*, Paris : Les Editions d'Organisation, 1996. 166p.

<sup>27</sup> ZARIFIAN Ph., *Le modèle de la compétence*, Paris : Editions Liaisons, 2004. 130 p.



*application* »<sup>28</sup> : elle dépend de la situation et du contexte dans lesquels elle s'exprime. En 1994, l'auteur avance l'idée que l'essentiel de la compétence est le savoir-agir, c'est-à-dire savoir-mobiliser, savoir-intégrer, savoir-transférer des ressources dans un contexte professionnel. Six ans après, Le Boterf développera l'idée selon laquelle les compétences sont la résultante de trois facteurs : le « *savoir-agir* » auquel il convient d'ajouter le « *vouloir agir* » qui se réfère à la motivation de l'individu et au contexte plus ou moins incitatif et le « *pouvoir agir* » « *qui renvoie à l'existence d'un contexte, d'une organisation de travail, de choix de management, de conditions sociales qui rendent possibles et légitimes la prise de responsabilité et la prise de risques de l'individu* ».

À l'occasion des X<sup>ème</sup> journées internationales de la formation en octobre 1998 à Deauville, sous l'égide du MEDEF, une définition consensuelle de la compétence est adoptée : « *la compétence professionnelle est une combinaison de connaissances, savoir-faire, expériences et comportements s'exerçant dans un contexte précis* ».

Il convient de ne pas confondre compétence et qualification, cette dernière étant plutôt un titre contractuel ou légal classant les individus sur une échelle de valeurs ; ni même compétence et connaissance car c'est justement la capacité à puiser de façon pertinente dans ses connaissances qui fait la compétence ; la compétence n'est pas non plus la performance mais l'un des éléments la composant. En effet, Francis Minet<sup>29</sup> définit la performance par l'adéquation  $P = C.O.M.M.E$  avec :

C = compétence ; O = objectif ; M = moyens d'organisation ; M = motivation ; E = environnement.

Dans un environnement économique de plus en plus contraignant, les enjeux de la GPEC sont réels aussi bien pour le secteur privé que pour le secteur public.

### **1.1.2 Enjeux de la démarche GPEC dans la fonction publique hospitalière**

La fonction publique hospitalière est aujourd'hui confrontée à de nouveaux défis (A). Dans un environnement en pleine mutation, l'entrée dans une démarche GPEC présente alors des enjeux pour tous les acteurs de l'organisation (B).

---

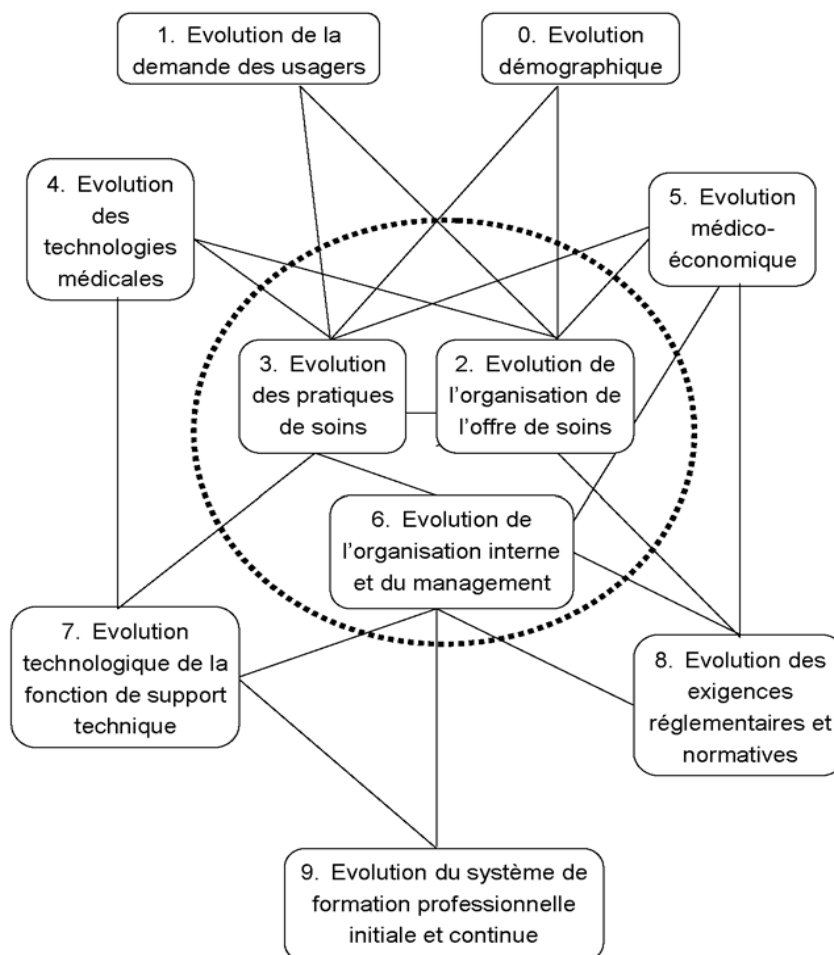
<sup>28</sup> LE BOTERF G., *Ingénierie et évaluation des compétences*. Paris : Les Editions d'Organisation 1994. 630p.

<sup>29</sup> MINET F. sous la direction de JOUVENOT C., PARLIER M., « *Elaborer des référentiels de compétences* », Editions ANACT, 2005. 464p.

## A) Les évolutions dans la fonction publique hospitalière

La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), dans son étude réalisée entre mai et août 2006<sup>30</sup>, a mis en exergue les facteurs d'évolution auxquels doit faire face la fonction publique hospitalière.

*Les dix grands facteurs d'évolution qui ont déjà eu ou devraient avoir, dans les années à venir, des impacts sur les ressources humaines, l'organisation du travail, les emplois ou les compétences de la fonction publique hospitalière*



*Note* : à l'intérieur du cercle, figurent les facteurs endogènes (internes aux établissements de santé). Les autres facteurs sont dits exogènes (externes aux établissements de santé). Les liaisons entre les pastilles rectangulaires symbolisent les principales interactions entre les facteurs d'évolution et montrent que les facteurs endogènes et exogènes s'influencent mutuellement.

<sup>30</sup> Ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique, *Rapport annuel sur l'état de la fonction publique, Volume 2 – gestion prévisionnelle des ressources humaines*, Paris : La Documentation Française, 2007. 165p.

### Concernant les facteurs externes :

➤ Évolutions démographiques : la France se caractérise aujourd'hui par un vieillissement de sa population (les personnes âgées de plus de 60 ans représentent plus de 21,8 % de la population française<sup>31</sup>) ; ce constat concerne également les agents de la fonction publique hospitalière. Ainsi, la DHOS, dans une étude prospective publiée en mai 2003<sup>32</sup> dresse un état alarmant de la situation de l'emploi hospitalier à l'horizon 2015 puisque 55 % des titulaires en 1999 devraient partir à la retraite d'ici 2015<sup>33</sup>, les filières techniques et ouvrières (58%) et soignantes (56%) étant les plus touchées.

➤ Évolution de la demande des usagers marquée par les évolutions des droits des usagers avec la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

La loi du 2 janvier 2002 est l'équivalent pour le secteur social et médico-social des lois de 1970, de 1991 et des ordonnances de 1996 pour le secteur sanitaire dont elle s'inspire sur de nombreux points (droits des usagers, contrat d'objectifs et de moyens, évaluation externe de la qualité, autorisations à durée déterminée, période des fenêtres, formules de coopération entre établissements,...). Ainsi, elle rend obligatoires le livret d'accueil, la charte des droits et liberté des personnes, le projet d'établissement, le conseil de la vie sociale, le contrat de séjour (hébergement à temps complet ou partiel) ou document contractuel (prise en charge ambulatoire).

Quant à la loi du 4 mars 2002, cette dernière fixe un certain nombre de grands principes concernant les droits du patient déjà reconnus par la jurisprudence ou les codes de déontologie : accès au système de santé, règles de confidentialité et de secret médical, droit aux soins ; en outre, elle précise l'exercice du droit à l'information et au consentement.

---

<sup>31</sup> ROBERT-BOBEE I., « Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050 ». *INSEE Première*, Juillet 2006, n°1089.

<sup>32</sup> Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées, « Fonction publique hospitalière, données démographiques horizon 2015 », Mai 2003. Disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/onemfph/demog2015/horizon2015.pdf>

<sup>33</sup> Les résultats de cette étude doivent cependant être nuancés car elle ne prend pas en compte d'une part la réforme relative à la réduction du temps de travail ayant entraîné des recrutements et donc un rajeunissement des effectifs ; d'autre part, la réforme du système de retraite qui prévoit un allongement de la durée de cotisation.

➤ Évolution des technologies médicales, de l'innovation et de la recherche : la technologie connaît une évolution rapide et constante. Les progrès de la médecine nécessitent que l'hôpital évolue sans cesse pour s'y adapter, à la fois en termes scientifiques et techniques.

➤ Évolution médico-économique avec la prise en compte des nouveaux modes de financement et notamment le passage progressif dans tous les établissements publics ou privés titulaires d'autorisation de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO), d'une dotation globale de financement à un système de Tarification à l'Activité (T2A)<sup>34</sup>.

➤ Évolution technologique de la fonction support avec le développement des systèmes informatisés de l'information : ces dernières années, l'apparition de nouveaux besoins et l'exigence d'une organisation plus efficiente de la fonction publique ont eu pour conséquence une forte progression de l'outil informatique et plus généralement des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC)<sup>35</sup>. L'implantation des TIC modifie les métiers et le profil des agents.

➤ Évolution des exigences réglementaires et normatives avec la mise en œuvre notamment de la certification<sup>36</sup> pour les établissements sanitaires et de l'évaluation pour les établissements sociaux et médico-sociaux<sup>37</sup>.

➤ Évolution du système de formation professionnelle avec la loi du 2 février 2007 portant modernisation de la fonction publique qui entend rénover le décret du 5 avril 1990 et introduit le concept de « *formation professionnelle tout au long de la vie* ».

---

<sup>34</sup> RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2003. - Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 relative au financement de la sécurité sociale pour 2004. *Journal Officiel de la République Française*, 19 décembre 2003, p.21641, articles 22 à 34.

<sup>35</sup> LASSERRE B., CHANTEPIE Ph., JAPIOT O., *L'Etat et les technologies de l'information : vers une administration à accès pluriel*, Paris : La Documentation Française, 2000. 194p.

<sup>36</sup> RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1996. - Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Journal Officiel de la République Française* n°98, 25 avril 1996, p.6324.

<sup>37</sup> RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2002. - Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale. *Journal Officiel de la République Française*, 3 janvier 2002, p.124.

### Concernant les facteurs internes :

➤ Évolution de l'organisation de l'offre de soins avec le schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération<sup>38</sup> et le développement de la coordination entre les secteurs sanitaire, social et médico-social, entre les secteurs privé et public, entre les établissements de ville.

➤ Évolution des pratiques de soins avec l'évolution des prises en charge.

➤ Évolution de l'organisation interne et du management avec notamment la mise en œuvre des dispositions de l'ordonnance du 2 mai 2005 dite de « *nouvelle gouvernance* ».

Face à ces évolutions, les enjeux de la GPEC concernent tous les acteurs de l'organisation hospitalière.

#### B) Les enjeux de la GPEC pour les acteurs

Face à ces évolutions, les enjeux, c'est-à-dire « *ce que l'on peut gagner ou perdre dans une compétition* » (Dictionnaire Robert), d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences sont différents selon que l'on se place du côté de la direction, de l'agent ou des représentants du personnel.

Pour la direction, l'entrée dans une démarche de GPEC présente des enjeux économiques (sauvegarde de la compétitivité), des enjeux de professionnalisation (adaptation des compétences, reconversion), des enjeux démographiques (transmission des compétences, maintien dans l'emploi), des enjeux technologiques.

Pour les agents, les enjeux sont des enjeux de développement professionnel, de sécurisation et d'employabilité (c'est-à-dire des potentiels d'emploi que l'agent est capable de mobiliser pour changer de métier), des enjeux de visibilité des mutations et des évolutions de métiers de la structure ainsi que des enjeux de reconnaissance.

Pour les représentants du personnel, il s'agit essentiellement d'un enjeu de légitimité. En effet, ces derniers vont devoir passer d'un comportement défensif avec comme angle d'attaque le maintien des acquis, à un comportement offensif de valorisation des compétences, et, simultanément, de légitimation de leur propre action.

Faire converger ces différents enjeux est une condition de réussite d'une démarche de GPEC, ce qui suppose que chaque acteur reconnaisse la légitimité des enjeux des autres partenaires.

---

<sup>38</sup> RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1991. - Loi hospitalière n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. *Journal Officiel de la République Française*, 2 août 1991, p.10255 ; Circulaire d'orientation du 5 mars 2004 relatif aux SROS de 3<sup>ème</sup> génération pour la période 2005-2010.

La GPEC entend faire converger l'économique et le social au profit de la performance collective. Á cette fin, elle se veut être une démarche prospective.

## 1.2 La GPEC, une démarche prospective

Il existe différents modes d'entrée dans une démarche GPEC (1-2-1). Les étapes n'en demeurent pas moins semblables (1-2-2) et la place des organisations syndicales importante (1-2-3).

### 1.2.1 Les modes d'entrée dans la GPEC

Les établissements peuvent poursuivre des objectifs différents. Dès lors, il n'existe pas de mode d'entrée unique dans la démarche GPEC, mais un mode d'entrée arrêté en fonction du but poursuivi.

Th. Dominique et Ch. Sauret<sup>39</sup> recensent 5 objectifs principaux qui peuvent être visés par une organisation :

- elle peut souhaiter déterminer une politique globale de l'emploi, il s'agira alors d'une entrée par le moyen terme ;
- elle peut souhaiter déterminer une politique de l'emploi au niveau décentralisé ou local, il s'agira d'une entrée par l'unité ;
- elle peut souhaiter développer sa mobilité professionnelle, il s'agira d'une entrée par familles professionnelles ;
- elle peut vouloir adapter les compétences par rapport au contenu de l'activité, il s'agira d'une entrée par les métiers prioritaires ;
- elle peut vouloir adapter les compétences de l'organisation en fonction des investissements projetés et de leurs impacts sur l'organisation du travail, les effectifs, les métiers, les formations ; il s'agira d'une entrée par l'investissement.

Notons que ces différents objectifs et modes d'entrée ne s'opposent pas et peuvent être poursuivis concomitamment.

Quoiqu'il en soit et quel que soit le mode d'entrée choisi, la méthodologie d'une démarche GPEC reste pour une grande partie identique.

---

<sup>39</sup> DOMINIQUE Th., SAURET Ch., *La gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences*, Paris : L'Harmattan, 2<sup>ème</sup> éd. 1994. 186p.

## 1.2.2 Les étapes de la démarche GPEC

La méthodologie d'une démarche GPEC consiste, à partir des objectifs de la structure, à analyser l'existant (A), identifier les facteurs de changement et établir un diagnostic (B). Ce n'est qu'après avoir mené ce travail que l'établissement va pouvoir définir ses plans d'action (C).

### A) Analyser l'existant

Toute démarche GPEC doit commencer par une étude de l'existant. En effet, il est important pour une structure de disposer d'une bonne photographie de ses ressources humaines. Pour cela, un certain nombre d'outils existent et notamment :

➤ les tableaux de bord : ils peuvent contenir des informations très diversifiées (structuration en emplois, effectif rémunéré sur poste, absentéisme, effectif rémunéré total, effectif disponible c'est-à-dire effectif rémunéré total diminué de l'absentéisme) permettant de visualiser une série de données stratégiques. Si ces tableaux de bord n'expliquent rien, ils permettent tout de même une évaluation qui doit susciter des réactions et réflexions.

➤ Le répertoire des emplois : le répertoire des emplois se compose de l'ensemble des fiches emploi de l'établissement. Moins précise que la fiche de poste, la fiche emploi est un outil qui permet une identification des domaines et niveaux de compétences requis pour chaque emploi ainsi qu'une délimitation des principaux champs d'action des professionnels. Ce doit être un document objectif, clair, précis (la précision n'impliquant pas forcément le détail) et cohérent.

Dans le secteur privé, le Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois (ROME) sert de référence ; dans le secteur public, les trois fonctions publiques ont mis en place un répertoire des emplois. Plus précisément, dans la fonction publique hospitalière, le répertoire des emplois élaboré en 1991 a été rénové en 2003/2004. Réalisé par l'Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière (ONEMFPH)<sup>40</sup>, il permet d'identifier et de gérer de manière préventive les métiers nouveaux et ceux en déclin et donc d'anticiper les évolutions en matière de formation et de recrutement. Il a vocation à s'appliquer à l'ensemble des établissements, quelque soit leur taille, leur domaine d'intervention (établissements de soins ; maisons de retraite ; établissements sociaux et médico-sociaux) et leur statut (public, privé, PSPH) et à tous les métiers (exception faite des médecins).

---

<sup>40</sup> RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2001. - Décret n° 2001-1347 du 28 décembre 2001 modifiant le décret n° 88-981 du 13 octobre 1988 relatif au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière. *Journal Officiel de la République Française*, 30 décembre 2001, p.21432.

Au-delà de la connaissance de la situation actuelle, il est nécessaire pour un établissement qui entend promouvoir une véritable GPEC d'identifier les facteurs de changement auxquels il risque d'être confrontée.

#### B) Identifier les facteurs de changement

Un certain nombre d'outils vont rendre possibles les projections à court (3 à 6 mois) et moyen termes (3 à 5 ans). Citons, à titre d'exemple :

##### Les outils permettant de faire des simulations des besoins à court terme :

➤ la pyramide des âges : elle permet de visualiser par métier l'échéancier des départs à la retraite. Il s'agit d'un indicateur important car qui dit pertes de ressources dit perte des connaissances et des pratiques, de l'expérience et d'un capital relationnel interne et externe important.

➤ l'ancienneté : il s'agit d'un indicateur qui reflète la dynamique interne plus ou moins forte en terme d'adaptabilité et d'employabilité au sein de l'établissement.

##### Les outils permettant de faire des simulations des besoins à moyen terme :

➤ le projet d'établissement : établit en fonction des orientations régionales de santé publique, le projet d'établissement porte sur les axes de développement de l'établissement pour les cinq années à venir, obligeant celui-ci à planifier ses objectifs et donc les moyens qu'il compte mettre en œuvre pour les atteindre.

Afin de réduire l'écart entre ses ressources et ses besoins à court et moyen termes, l'organisation va mettre en place une politique d'ajustement.

#### C) Définir une politique d'ajustement

La mise en place d'une politique d'ajustement va reposer sur un certain nombre de moyens d'action :

➤ les entretiens de progrès : il s'agit d'un bon moyen d'échanges et de débats sur les compétences nécessaires à l'exercice plein et entier de la fonction mais aussi sur les souhaits d'évolution du professionnel. L'entretien de progrès est un préalable à la réalisation du plan de formation.

➤ la formation professionnelle : l'un des volets important de la GPEC concerne l'acquisition de compétences nouvelles par le biais de formations. Accessible aux agents titulaires et non titulaires, la formation professionnelle doit s'inscrire dans le cadre d'une politique coordonnée. Les actions de formation visent à l'acquisition de connaissances, d'aptitudes et/ou de compétences afin de maintenir ou parfaire la qualification professionnelle, assurer l'adaptation aux évolutions des techniques et



conditions de travail, favoriser la promotion sociale et la contribution aux évolutions culturelles, économiques et sociales<sup>41</sup>. 8 actions composent la FPTLV, à savoir : la formation professionnelle initiale, la formation professionnelle continue, la préparation aux examens et concours ainsi que la promotion interne, les études promotionnelles, les actions de conversion, le Congé de Formation Professionnelle (CFP), le Bilan de Compétences (BC) et la Validation des Acquis de l'Expérience (VAE).

Parmi ces actions, certaines sont à l'initiative de l'employeur au titre du plan de formation, d'autres sont à l'initiative de l'agent avec accord de l'employeur (Droit Individuel à la Formation – DIF ; préparation au concours ; période de professionnalisation), enfin certaines sont à l'initiative de l'agent (enveloppe de Congé de Formation Professionnelle). Ces actions de formation sont à programmer de manière pluriannuelle, accompagnant dans le temps le plan GPEC d'ensemble.

➤ La mobilité professionnelle : il peut s'agir d'une mobilité interne à la famille ou à la sous-famille de métier ; dans ce cas, de simples mesures d'adaptation des compétences (formation, tutorat, stage,...) seront suffisantes pour opérer des reconversions en quelques mois ; en cas de mobilité externe à la famille ou sous-famille de métier, une véritable reconversion professionnelle est à programmer.

➤ Assurer un suivi grâce notamment à l'observatoire des emplois : l'ONEMFPH s'est vu assigner quatre missions : - suivre l'évolution des emplois dans la fonction publique hospitalière ; - contribuer au développement d'une stratégie de gestion prévisionnelle et prospective et proposer des orientations prioritaires, en particulier en matière de formation ; - apprécier l'évolution des métiers, des fonctions et des qualifications ; - recenser les métiers nouveaux et leurs caractéristiques<sup>42</sup>.

Si utile soit elle, la GPEC ne se décrète pas mais se construit sur un collectif. Dès lors, il est nécessaire d'associer les organisations syndicales à la démarche.

---

<sup>41</sup> DERENNE O., LAMY Y., *Les 12 points clé de la carrière du fonctionnaire hospitalier*, Rennes : Editions ENSP, 9<sup>ème</sup> édition 2007. 270p.

<sup>42</sup> RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2001. - Décret n°2001-1347 du 28 décembre 2001 modifiant le décret n° 88-981 du 13 octobre 1988 relatif au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière. *Journal Officiel de la République Française*, 30 décembre 2001, p.21432.

### 1.2.3 La place des organisations syndicales dans la démarche GPEC

Composante importante de la Gestion des Ressources Humaines (GRH), le succès de la mise en œuvre de la GPEC suppose une compréhension de l'environnement et de la stratégie de l'établissement par les professionnels et les Organisations Syndicales (OS).

La loi de cohésion sociale du 18 janvier 2005 a introduit, à l'article L320-2 du code du travail, au sein d'un chapitre intitulé « *Gestion de l'emploi et des compétences. Prévention des conséquences des mutations économiques* », une obligation triennale de négocier. Cette obligation n'est pas nouvelle et s'inscrit dans la droite ligne de nombreux textes antérieurs<sup>43</sup>.

Sont concernées les entreprises qui occupent au moins 300 salariés ; le groupe d'entreprises dès lors que l'effectif cumulé atteint au moins 300 salariés ; le groupe ou l'entreprise de dimension communautaire soumis à l'obligation de constitution d'un comité d'entreprise européen (c'est-à-dire employant au moins 1000 salariés dans l'Union Européenne avec au moins deux établissements ou entreprises de 150 salariés dans au moins deux états de l'Union<sup>44</sup>). Notons que quand un accord de groupe est conclu, les entreprises comprises dans le périmètre d'application de cet accord sont réputées avoir négociées<sup>45</sup>.

Sur le plan procédural, il s'agit d'une obligation triennale de négocier qui pose notamment la question de savoir à partir de quand elle commence à courir. Les tribunaux ont apporté des réponses différentes ; ainsi, certaines décisions de justice vont dans le sens d'une obligation de négocier qui s'impose depuis l'entrée en vigueur de la loi<sup>46</sup>, tandis que d'autres vont dans un sens inverse : « *L'article L320-2 ne contient que l'exigence d'ouvrir une négociation dans le délai de trois ans de la promulgation de la loi* »<sup>47</sup>.

Sur le plan substantiel, l'obligation comporte deux volets obligatoires et un volet facultatif. Ainsi, la négociation porte obligatoirement sur :

---

<sup>43</sup> Accord national interprofessionnel du 10 février 1969 ; Article L432-1-1 du code du travail issu de la loi du 2 août 1989 ; 7<sup>ème</sup> considérant de la directive européenne 2002/14 établissant un cadre général relatif à l'information et à la consultation des travailleurs dans la communauté européenne ; article L930-1 du code du travail issu de la loi du 4 mai 2004 ; article L321-1 du code du travail.

<sup>44</sup> Directive européenne sur les comités d'entreprise européens du 24 septembre 1994.

<sup>45</sup> Article L132-27 et suivants du code du travail.

<sup>46</sup> TGI Paris, référé du 5 octobre 2006, jugement n°06/57817, Nextiraone, confirmé par Cour d'Appel de Paris du 7 mars 2007 : « *cette obligation légale pèse sur l'employeur depuis l'entrée en vigueur de la loi* » ; TGI Créteil, référé 29 novembre 2006, jugement n°06/01730, Ténovis ; Cour d'Appel de Nancy, 27 mars 2007, arrêt n°793/2007, syndicat régional CFDT - habillement cuirs textile et blanchisserie Lorrain c/ SA Bergères de France.

<sup>47</sup> TGI Brest, référé 27 octobre 2006, jugement n°06/00316, Jabil circuit.

- « les modalités d'information et de consultation du comité d'entreprise sur la stratégie de l'entreprise et ses effets prévisibles sur l'emploi et les salaires » ; cependant, informer ne signifie pas cogérer : la stratégie est une prérogative de l'employeur qui présente de multiples dimensions (périmètre d'activité, nouveaux produits et services, nouvelles technologies...); parce que certaines informations sont plus sensibles que d'autres, c'est au directeur de définir l'étendue du champ de l'information ;

- « la mise en place d'un dispositif de GPEC ainsi que les mesures d'accompagnement susceptibles de lui être associées, en particulier de formation, de VAE, de bilan de compétences et d'accompagnement à la mobilité professionnelle et géographique des salariés ». La négociation porte alors non pas sur la GPEC elle-même mais sur les modalités liant dans la durée un processus gestionnaire de GPEC et le dialogue social sur la GPEC ;

Notons qu'il s'agit bien d'une obligation de négocier et non de conclure un accord. Cela laisse ouverte la question des obligations de l'entreprise en matière de GPEC et notamment des mesures qu'elle doit prendre unilatéralement en cas d'échec de la négociation. En outre, aucune sanction pénale n'a été prévue en cas de non respect de cette obligation.

La négociation peut également porter, de façon facultative, sur les matières mentionnées à l'article L320-3 du code de travail à savoir les accords de méthode. Instaurés, à titre expérimental, par la loi Fillon de janvier 2003, les accords de méthode ont été pérennisés par la loi de cohésion sociale du 18 janvier. Ces accords peuvent trouver à s'appliquer en cas de licenciements, restructuration ou Plan de Sauvegarde de l'Emploi (PSE).

La possibilité offerte par l'article L320-2 de s'engager dans la négociation de l'accord de méthode lors de la discussion de l'accord GPEC ainsi que l'insertion de l'obligation de négociation de la GPEC dans la partie du code relative aux licenciements économiques amène à s'interroger sur le lien à faire entre GPEC et PSE. La mise en œuvre de la GPEC est-elle un préalable indispensable à l'établissement d'un PSE, ce qui amènerait à faire de la GPEC l'antichambre des plans sociaux ? Tandis que certains tribunaux ont considéré que la négociation d'une GPEC était un préalable indispensable à tout PSE<sup>48</sup>, d'autres n'ont pas suivi cette voie<sup>49</sup>.

Mais à regarder de plus près ces jurisprudences, le raisonnement des juges est identique. En effet, la GPEC « est une démarche anticipative et préventive pour ajuster

---

<sup>48</sup> TGI Créteil, référé 29 novembre 2006, jugement n°06/01730, Ténovis ; TGI Nanterre, référé 5 septembre 2006, jugement n°06/01923, Cap Gemini ; TGI Colmar, référé 22 janvier 2007, jugement n°07/00007, Georgia pacific France ; Cour d'Appel Paris, 7 mars 2007, Nextiraone.

*dans la durée en fonction des mutations de l'environnement et des choix de stratégie, les besoins de l'entreprise et ses ressources humaines. C'est une démarche permanente, marquée par des rendez-vous périodiques dans ses deux dimensions collective et individuelle* ». Elle a donc pour objet notamment d'éviter en amont les licenciements et non de définir les modalités d'une politique de réduction des effectifs, cette fonction étant dévolue au plan de sauvegarde de l'emploi. Le PSE « *est une action curative lorsqu'il y a une menace, immédiatement avérée ou prévisible, conduisant l'entreprise à projeter à plus ou moins court terme une réduction d'emplois importante ; elle vise à réduire les licenciements et à défaut à reclasser les salariés concernés* »<sup>50</sup>.

Dès lors, l'insuffisance ou l'absence d'un accord de GPEC ne pourra qu'amener les juges à une plus grande sévérité s'agissant notamment du contenu du PSE.

Parmi les accords déjà signés, une circulaire de la Direction Générale de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DGEFP)<sup>51</sup> distingue :

- des accords de gestion prévisionnelle « *très à froid* », mobilisant les outils traditionnels de la mobilité (actions de formation, VAE, périodes de professionnalisation). Ces outils de gestion des ressources humaines sont utilisés afin de développer une politique de mobilité interne ;

- des accords de gestion anticipée des mutations économiques qui encouragent la mobilité, notamment externe, après avoir identifié des emplois ou des métiers potentiellement menacés. Dans ces accords, l'entreprise cherche à accompagner de manière anticipée la suppression de certains emplois en privilégiant l'accompagnement de projets individuels de mobilité et de recours au volontariat ;

---

<sup>49</sup> TGI Meaux, référé 31/10/2006, UPC France ; TGI Annecy, référé 10 janvier 2007, Téal ; Cour d'Appel Versailles, 15/11/2006, Yoplait ; Cour d'Appel Nancy, 27 mars 2007, Syndicat régional CFDT-habillement cuirs et blanchisserie Lorrain c/SA Bergères de France.

<sup>50</sup> ROUILLEAULT H., *Anticiper et concerter les mutations : l'obligation triennale de négocier le dispositif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences*. Paris : La Documentation Française, 2007. 254p.

<sup>51</sup> Circulaire DGEFP n° 2007-15 du 7 mai 2005 relative à l'anticipation des mutations économique et au développement de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. Disponible sur Internet : [http://www.travail.gouv.fr/publications/picts/bo/30062007/TRE\\_20070006\\_0110\\_0005.pdf](http://www.travail.gouv.fr/publications/picts/bo/30062007/TRE_20070006_0110_0005.pdf)

- des accords qui organisent de façon anticipée la gestion d'une restructuration. Ce type d'accord a pour objectif d'organiser le plus en amont possible la gestion d'une restructuration certaine. Les emplois menacés sont tous identifiés et l'accord va chercher, par le recours à du volontariat accompagné, à se donner davantage de temps pour faciliter le reclassement des salariés concernés dans un autre emploi. On parle, dans ce dernier cas, d'accord de méthode.

Les trois fonctions publiques ne sont pas concernées par cette obligation triennale de négocier ; cependant, elles y sont fortement incitées afin de mieux anticiper les évolutions du secteur.

Il en va différemment pour la clinique médicale et pédagogique Jean Sarrailh qui, en tant qu'établissement de la fondation santé des étudiants de France, se trouve dans le champs d'application de la loi Borloo (partie 2).

## **2 La construction des fiches emploi : genèse d'une démarche GPEC pour la clinique Jean Sarrailh**

*« Il faut travailler beaucoup, une tonne de passion et 100 grammes de patience », Nicolas de Staël*

Entrant dans le champ d'application de la loi Borloo, la fondation santé des étudiants de France a initié en 2007 une démarche GPEC (2-1) ; cela a été l'occasion pour la clinique Jean Sarrailh de travailler autour de l'un de ses outils : la fiche emploi (2-2).

### **2.1 Une démarche GPEC initiée par la fondation santé des étudiants de France**

Reconnue d'utilité publique, la fondation santé des étudiants de France (2-1-1), est entrée en juillet 2007 (2-1-2) dans une politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (2-1-3).

#### **2.1.1 Présentation de la fondation santé des étudiants de France**

La fondation santé des étudiants de France a été créée par l'UNEF en 1923.

Le terme de fondation est défini par l'article 18 de la loi du 23 juillet 1987 : *« une fondation désigne l'acte par lequel une ou plusieurs personnes physiques ou morales décident l'affectation irrévocable de biens, droits ou ressources à la réalisation d'une œuvre d'intérêt général et à but non lucratif ».*

La fondation se distingue de l'association par le fait qu'elle ne résulte pas du concours de volonté de plusieurs personnes pour œuvrer ensemble, mais de l'engagement financier et irrévocable des créateurs de la fondation, qu'il s'agisse de particuliers ou d'entreprises. Une fondation, c'est avant tout de l'argent privé mis à disposition d'une cause publique.

La législation française distingue trois types de fondations :

➤ la *fondation d'entreprise*, créée par une entreprise qui effectue la dotation initiale et peut donner son nom à la fondation. Sa durée de vie est limitée à cinq ans renouvelables.

➤ la *fondation abritée*, créée au sein de l'Institut de France, de la Fondation de France, ou d'une autre fondation dite « *abritante* ». La fondation abritée n'a pas le statut de personne morale. C'est l'organisme qui l'héberge qui gère son budget.

➤ la *fondation reconnue d'utilité publique*, créée par un individu (à condition que les objectifs de la fondation soient d'intérêt général), une famille, une association, un groupe de personnes, particuliers ou entreprises. La fondation est dite d'utilité publique dès lors qu'elle est reconnue comme telle par décret du ministre de l'intérieur après avis favorable du Conseil d'État. Elle peut recevoir des subventions publiques ou privées, des dons et legs, faire appel à la générosité publique, organiser des manifestations relatives à ses objectifs, vendre des produits liés à son objet.

Seules ces trois formes d'entités juridiques sont autorisées, depuis la loi de 1987, à porter le titre de fondation. Il existe cependant une tolérance en faveur de celles qui avaient acquis l'usage du titre avant l'entrée en vigueur de la loi.

La FSEF est une fondation reconnue d'utilité publique depuis le décret du 23 mai 1925. Ses missions sont définies à l'art.1 du Titre 1 de ses statuts<sup>52</sup> « [la fondation] a pour but de concourir à la protection de la santé et des élèves de premier et de second degré, dans la continuité de leurs études ou de leur formation professionnelle. La fondation assure à cette fin principalement une mission de soins et d'études en partenariat avec l'éducation nationale, ainsi que, en accompagnement, des missions de prévention, de formation, d'insertion et de promotion sociale des jeunes, s'inscrivant ainsi dans le cadre d'une mission de service public ».

La fondation santé des étudiants de France est gérée par un Conseil d'Administration (CA) composé de 21 personnes (7 membres fondateurs, 4 membres de droit, 5 membres cooptés et 5 membres représentant le personnel). Celui-ci « arrête la politique générale de la fondation et sa politique d'évaluation et de contrôle »<sup>53</sup>.

Le bureau du CA est composé d'un président, de deux vice-présidents, d'un secrétaire général, d'un trésorier. Il a pour mission l'élaboration du « règlement intérieur, prépare l'ordre du jour du conseil d'administration et instruit les différentes questions qui peuvent se poser dans l'intervalle de ses réunions »<sup>54</sup>.

L'actuel président du bureau du CA de la FSEF est Monsieur le Professeur Jean-Claude Colliard.

Les orientations définies par le CA et son président sont mises en œuvre par le directeur général. Le directeur général actuel, Gérard Pinson, a pris ses fonctions le 1<sup>er</sup> janvier 2008, succédant à Rolf Coulon.

---

<sup>52</sup> Arrêté du 10 octobre 2007 approuvant des modifications apportées aux statuts de la fondation reconnue d'utilité publique.

<sup>53</sup> Article 8 des statuts de la Fondation Santé des Etudiants de France.

La fondation compte onze établissements sanitaires et six structures sociales et médico-sociales<sup>55</sup> qui, depuis 1977, sont admis à participer au service public hospitalier.

Au 1<sup>er</sup> décembre 2007, la FSEF employait 2400 salariés et agents détachés de la fonction publique hospitalière ( les agents détachés ne peuvent appartenir qu'aux filières administrative ou médicale).

La FSEF fait également appel à des enseignants mis à disposition par l'éducation nationale et affectés dans ses établissements.

Le budget total de la fondation santé des étudiants de France s'élève à 154 millions d'euros répartis comme suit :

- 93% concernent les activités sanitaires,
- 5% proviennent des activités médico-sociales,
- 3% sont engendrés par les autres activités.

### **2.1.2 Enjeux d'une démarche GPEC pour la fondation santé des étudiants de France**

Pour la fondation santé des étudiants de France, la mise en place d'une démarche GPEC répond à plusieurs enjeux.

- D'une part, avec 2400 salariés, la fondation entre dans le champ d'application de la loi Borloo qui oblige les entreprises de 300 salariés et plus de négocier tous les trois ans la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

- D'autre part, en 2007, la fondation a dû mettre en place deux Plans de Sauvegarde de l'Emploi (PSE). Or, un certain nombre de jurisprudences montre une sévérité des juges en cas d'insuffisance ou d'absence d'accord de GPEC préalablement à un PSE.

---

<sup>54</sup> Article 9 des statuts de la Fondation Santé des Etudiants de France.

<sup>55</sup> Les établissements sanitaires sont aujourd'hui essentiellement financés par des produits versés par l'assurance maladie ; les structures sociales et médico-sociales sont essentiellement financées par les produits de la tarification.



Le premier PSE concernait la fusion entre la clinique Georges Dumas et le Centre Médico-Universitaire Daniel Douady (CMUDD) en Isère, suite à une injonction des tutelles relative à la nécessité de rationaliser l'offre de soins et de réaliser des économies de gestion de l'ordre de 6 millions d'euros.

Le second PSE concernait la clinique de Rist en Ile de France, suite au déficit de l'établissement qui s'élevait pour 2005 à 1.797.887 euros.

Dans les deux situations, l'application du PSE a consisté, dans un premier temps, à mettre en œuvre une mesure anticipative par la recherche systématique de toutes les possibilités de reclassement en interne. Dans un deuxième temps, le PSE intégrait des mesures d'aide à la mobilité interne, des mesures d'aide à l'accompagnement matériel et financier des départs (congé de reclassement, aide à la création d'entreprise, aide à la mobilité géographique, ...). Enfin, concernant les activités externalisées (gestion du service hôtellerie/restauration et services techniques à Grenoble ; service restauration et laboratoire à Rist), le transfert des contrats de travail a été proposé à l'ensemble des salariés.

- Enfin, au-delà de cet aspect légal, la fondation a voulu inscrire la GPEC dans une véritable politique de ressources humaines dynamique, cohérente et adaptée, et ce pour deux raisons essentielles :

- d'une part, la fondation doit répondre à un certain nombre de difficultés :

- une pénurie de main-d'œuvre dans certains emplois et notamment chez les médecins et les infirmiers ; cette pénurie de personnels s'inscrit dans un contexte national ;

- un environnement économique de plus en plus contraignant notamment avec l'entrée de la tarification à l'activité (la T2A ne s'applique cependant pas à toutes les activités de la fondation ; ainsi, la psychiatrie n'est, à ce jour, pas concernée) ;

- une concurrence importante des autres organismes de soins. Le patient n'est plus captif puisqu'il a désormais le choix entre les différentes structures dans lesquelles il peut se faire soigner. Les établissements n'ont pas l'exclusivité des activités qu'ils assurent. La concurrence s'exprime donc par des établissements voisins, de statuts identiques ou différents, de tailles identiques ou différentes, mais aussi par les alternatives à l'hospitalisation en termes de médecine de ville, de structures ambulatoires ou de structures d'hospitalisation à domicile ;

- d'autre part, la fondation entend s'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité qui repose, selon le référentiel de la HAS, notamment sur une « *politique des ressources humaines en conformité avec les missions et les orientations* »

*stratégiques de l'établissement* » qui se décline à travers « *une gestion prévisionnelle permettant l'adaptation des ressources humaines aux évolutions de l'établissement* »<sup>56</sup>.

### **2.1.3 Méthodologie suivie par la fondation santé des étudiants de France**

Le projet de GPEC tel qu'envisagé par la FSEF entend associer les établissements dès l'amont, non seulement pour créer une synergie entre la direction générale des ressources humaines et les équipes de terrain mais aussi pour concevoir un dispositif pragmatique qui prenne en compte la réalité des structures.

Après avoir présenté lors de la réunion des directeurs de juin 2007 le projet GPEC, la fondation a envoyé aux établissements un questionnaire d'analyse afin de réaliser un état des lieux des pratiques en ressources humaines. Ce questionnaire portait sur le recrutement, l'évaluation des compétences, les problématiques en ressources humaines rencontrées par les structures.

Un groupe de travail composé de quatre membres de la direction générale, trois adjoints de direction en ressources humaines des établissements de la fondation et de deux directeurs d'établissement, a été mis en place au niveau de la fondation.

Il s'est réuni pour la première fois en juillet 2007. À partir du retour des questionnaires, son objectif était de déterminer les outils à mettre en place ou à améliorer afin de structurer les actions pour optimiser la gestion des ressources humaines.

Concernant le recrutement, le groupe de travail a constaté un turn-over important notamment en Ile-de-France dû certainement à la politique de rémunération prévue par la convention collective qui est plus avantageuse en début de carrière qu'en fin de carrière.

Concernant l'évaluation des compétences, celle-ci s'effectue seulement dans certains établissements sans entrer dans le cadre d'un véritable processus RH. Cette hétérogénéité résulte notamment du défaut de clarté des finalités de l'entretien et de l'absence de définition d'objectifs au préalable.

Concernant le développement des compétences, il est relevé que le recueil des besoins de formation est satisfaisant. Néanmoins, le groupe a insisté sur la nécessité de continuer à insérer les formations dites « *communes* » selon des axes définis par la Direction Générale (DG) et les formations individuelles dans la continuité des résultats d'évaluation.

Concernant la gestion des parcours et des carrières, les pratiques d'identification et d'accompagnement des mobilités sont inexistantes sauf dans les établissements restructurés. En outre, il est constaté une absence de dispositifs de gestion et

---

<sup>56</sup> Manuel de certification des établissements de santé, Haute Autorité de Santé, Juin 2003, Partie 2, Chapitre 1, référence 3b.

d'accompagnement de la mobilité fonctionnelle ainsi qu'une absence de mobilité géographique organisée.

À partir de ces différents constats, le groupe a décidé d'entrer dans la démarche GPEC en travaillant dans un premier temps autour de 2 outils : les entretiens de progrès et la cartographie des emplois c'est-à-dire le recensement de tous les emplois existant à la fondation.

C'est à ce stade là de la réflexion que j'ai rejoins en novembre 2007 le groupe de travail.

Concernant la cartographie des emplois, l'ensemble des établissements de la fondation avait été invités, en septembre 2007, à envoyer leur tableau des emplois. Lors de la réunion de travail de janvier 2008, le groupe de travail a été scindé en plusieurs binômes composés chacun d'un représentant d'un établissement et d'un représentant de la direction générale. Entre deux réunions de travail, chaque binôme a été chargé, à partir de la convention collective de 1951, de recenser par filière la liste des emplois existants à la fondation ainsi que les qualifications exigées. Le travail des binômes a été mis en commun lors des réunions de travail de février, mars et avril 2008. Cela a permis notamment de mettre en évidence une hétérogénéité entre les établissements ; ainsi, pour deux établissements de taille identique, certains emplois n'étaient pas rattachés au même métier (exemple : le secrétaire de direction : dans certains établissements, il fait partie de la famille d'emploi « *assistant administratif* », métier « *secrétaire de direction* », emploi « *secrétaire de direction* » ; dans d'autres établissements, on retrouve le secrétaire de direction en famille d'emploi « *technicien administratif* », métier « *technicien* », emploi « *secrétaire de direction* »). Ces différences s'expliquent notamment par l'absence de véritable politique RH au sein de la fondation, chaque établissement menant sa propre politique.

Une fois cette mise en commun réalisée, l'objectif du groupe de travail a été d'adapter la convention collective de 1951 à la réalité de la fondation et de mettre en place une cartographie des emplois cohérente entre les établissements. Ainsi, si cette dernière ne correspond pas à la réalité actuelle du terrain, elle n'en constitue pas moins un cadre de référence commun vers lequel les établissements doivent tendre.

Cette cartographie a été envoyée à l'ensemble des établissements de la fondation en mai 2008 afin de recueillir d'éventuels amendements puis aux organisations syndicales en juillet 2008.

Parallèlement, conformément à l'article L320-2 du code du travail, les négociations sur l'accord GPEC avec les organisations syndicales ont débutées en octobre 2007. Cet accord devait être remis à la signature fin avril. Compte tenu du fort intérêt des OS pour le dispositif, les négociations ont été prolongées et la signature repoussée en juillet 2008.

En participant au groupe de travail GPEC, la clinique Jean Sarrailh a activement pris part aux réflexions menées au niveau central et notamment autour de la définition de deux outils : la cartographie des emplois et la grille des entretiens de progrès. Dans le même temps, des enjeux locaux ont amené la direction de l'établissement à travailler dès novembre 2007 autour d'un troisième outil : les fiches emploi.

## **2.2 Une construction difficile du répertoire des emplois à la clinique Jean Sarrailh**

Un certain nombre de raisons (2-2-2) ont amené la clinique Jean Sarrailh (2-2-1) à entrer dans la démarche GPEC par la construction de son répertoire des emplois (2-2-3).

### **2.2.1 Présentation de la clinique Jean Sarrailh**

Il convient tout d'abord de préciser le statut de la clinique Jean Sarrailh (A) avant de présenter les caractéristiques des patients accueillis (B) et des professionnels (C).

#### **A) Statut de la clinique Jean Sarrailh : un établissement PSPH**

La clinique Jean Sarrailh est l'un des onze établissements sanitaires de la fondation santé des étudiants de France. C'est un établissement ouvert dont l'ensemble immobilier est implanté en zone urbaine, dans un parc arboré de quatre hectares dans le département des Landes.

Le bâtiment principal abrite dans une aile, la direction et les services administratifs, et dans une autre aile le « *pôle médical* » c'est-à-dire les médecins, l'infirmier cadre supérieur de santé, les psychologues, les assistantes sociales, le secrétariat médical et le bureau des entrées. Les secteurs soins et études sont éloignés de ce bâtiment.

Comme tous les autres établissements de la fondation, la clinique est admise à participer, depuis le décret n°76-015 du 3 novembre 1976, au service public hospitalier.

Il découle de ce statut un certain nombre de conséquences :

- l'établissement est assujéti aux missions dévolues au service public hospitalier telles que définies par la loi hospitalière du 31 décembre 1970, à savoir :
  - o assurer des examens de diagnostic, surveillance et traitement des malades, des blessés et femmes enceintes ;
  - o participer aux actions de santé publique et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention ;
  - o participer au dispositif de vigilance, dans le cadre de la veille sanitaire prévue par la loi n°98-535 du 1<sup>er</sup> juillet 1998 ;

- lutter contre les infections nosocomiales et les autres affections iatrogènes ;

- participer aux missions spécifiques au service public hospitalier énumérées à l'article L6112-1 du code de la santé publique (enseignement universitaire, formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers, ...).

- L'établissement a la possibilité de recevoir des subventions d'équipement et ponctuellement des subventions pour leur fonctionnement ;

- le principe d'organisation de la situation des personnels est le salariat. Ils sont titulaires d'un contrat de travail régi par le code du travail. L'établissement peut cependant faire appel à des personnels de la fonction publique hospitalière détachés ;

- depuis 1983, ces établissements sont assimilés pour leur régime financier aux établissements publics de santé. À ce titre, leur budget et leurs décisions modificatives relèvent de l'approbation du directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH). Depuis la loi du 18 décembre 2003 relative au financement de la sécurité sociale, les établissements MCO sont soumis à la T2A. Les établissements de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et de psychiatrie (PSY) restent quant à eux soumis à la dotation globale dans l'attente d'une expérimentation de la mise en place de la T2A.

La clinique Jean Sarrailh, comme les autres établissements de la fondation, relève de la Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951(CCN 51) signée par la Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Assistance Privée à but non lucratif (FEHAP).

Notons qu'il existe deux autres conventions collectives nationales : la convention collective du 15 mars 1966 pour les établissements et services accueillant des personnes inadaptées et handicapées, et la convention collective du 18 avril 2002 pour l'hospitalisation privée.

Malgré ce statut d'établissement PSPH, un certain nombre de problématiques de la clinique sont identiques aux secteurs sanitaire, social et médico-social publics : ressources humaines, financements, place du patient/usager, démarche qualité.

## B) Les patients de la clinique Jean Sarrailh

Au préalable, il convient de rapporter une réflexion du médecin coordonateur de la clinique qui, à plusieurs reprises, fera remarquer que la pluridisciplinarité dans la prise en charge de la personne accueillie à la clinique Jean Sarrailh a pour conséquence que celle-ci se voit appeler « *patient* » par les services soignants, « *jeune* » par les animateurs et « *élève* » par les enseignants. Cependant, dans la mesure où la clinique a pour mission principale le soin, nous retiendrons le terme de « *patient* ».

Les patients accueillis dans l'établissement sont âgés de 14 à 20 ans et présentent, à des degrés divers, des troubles psychologiques (schizophrénie, troubles psychotiques, dépression, anxiété, anorexie, ...) fragilisant leur insertion familiale, scolaire et sociale.

Les modalités de prise en charge sont variées. Ainsi, la clinique dispose de :

- 60 lits d'hospitalisation à temps plein répartis sur trois services : service A : 23 lits ; service B : 14 lits ; service C : 23 lits.
- 20 places d'alternative à l'hospitalisation : 5 places en hôpital de jour ; 5 places de Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) ; 5 places d'hôpital de nuit ; 5 places de post-cure.

La file active institutionnelle pour 2007 est de 146 répartis ainsi : 95 hospitalisation temps plein, 17 rencontres préalables, 34 consultations ambulatoires.

L'âge moyen des patients hospitalisés en 2007 est de 16 ans<sup>1/2</sup> et 81% de ces patients viennent de la région aquitaine.

L'admission d'un adolescent candidat à l'entrée à la clinique est pluridisciplinaire. Elle démarre par l'examen du dossier suivie d'une rencontre préalable à laquelle assistent le médecin psychiatre, un soignant, un psychologue, une assistante sociale, un responsable de l'animation et le directeur des études. Il s'en suit d'un entretien familial ayant pour objectif d'évaluer la situation de l'adolescent tant sur le plan psychiatrique que familial, social et scolaire. L'admission est conditionnée par la possibilité de vivre en établissement ouvert et par une réelle motivation ; en effet, le projet thérapeutique, éducatif et pédagogique proposé au jeune est un véritable « pacte » passé avec les professionnels de la clinique.

Le tarif journalier d'hospitalisation correspond à un prix journée qui représente les soins, les médicaments et les examens ; le montant est fixé par arrêté de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) d'Aquitaine. Le forfait journalier représente la participation aux frais d'hôtellerie ; il est également fixé par les pouvoirs publics.

L'assurance maladie prend à sa charge 80% du montant du prix journée, les 20% restants (ticket modérateur) étant à la charge du patient. Cependant, l'assurance maladie prend à sa charge l'intégralité du prix journée en cas d'exonération délivrée par la caisse d'assurance maladie (ALD 30) ou à partir du 31<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation.

La mutuelle peut prendre à sa charge le ticket modérateur et le forfait journalier.

### C) Les professionnels de la clinique Jean Sarrailh

La clinique Jean Sarrailh compte, au 1<sup>er</sup> janvier 2008, 109 salariés (100,29 Equivalent Temps Plein - ETP) dont deux sont en situation de détachement de la fonction publique hospitalière : le directeur de l'établissement et un infirmier cadre de santé.

Nommé par le directeur général de la FSEF après avis de son président, le directeur de la clinique, Monsieur Douarin, jusqu'alors directeur adjoint au Centre Départemental de l'Enfance (CDE) de Mont-de-Marsan dans les Landes, a été détaché de la fonction publique hospitalière pour une durée de trois ans et a pris ses fonctions en août 2007. Il est assisté de deux adjointes de direction, l'une en charge des ressources humaines (0,5 ETP) et l'autre en charge des finances (0,5 ETP).

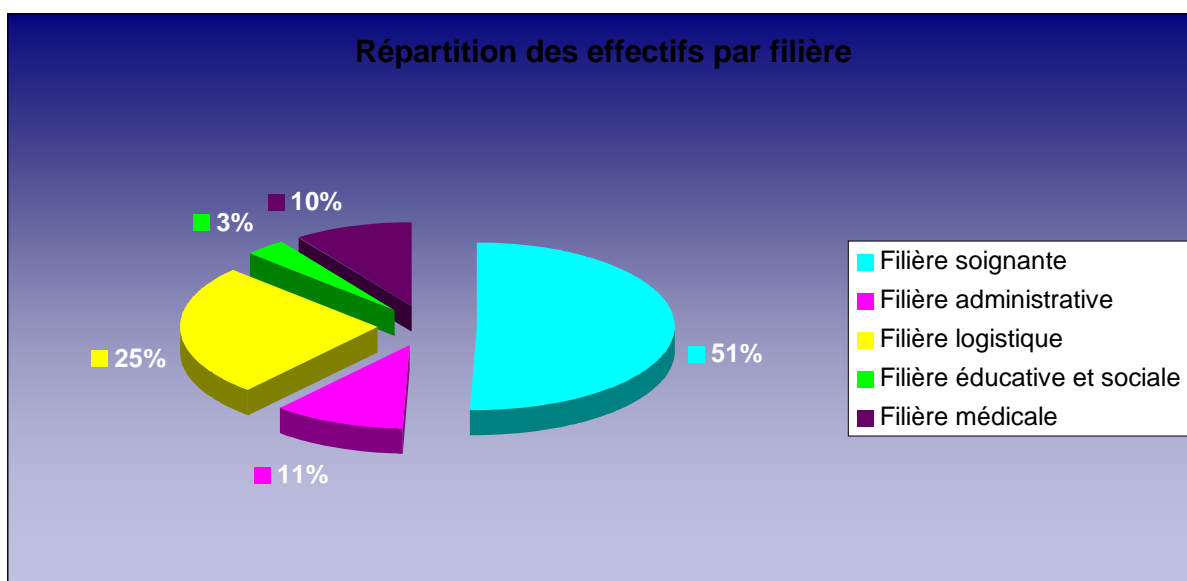
Comme les autres salariés de l'établissement, il relève de la CCN 51.

La CCN 51 classe les emplois par filière. Il existe 5 filières : filière soignante/éducative et sociale/administrative/logistique/médicale.

Dans chaque filière, on a un regroupement de métiers selon des critères définis par la convention ; chaque métier composant le regroupement est décliné en emploi. La CCN 51 donne une définition du métier, les conditions d'accès ainsi que les éléments de rémunération permettant de définir la rémunération conventionnelle<sup>57</sup>.

Il convient de s'attarder plus longuement sur le profil des professionnels de la clinique.

D'une part, concernant la répartition des effectifs par filière :

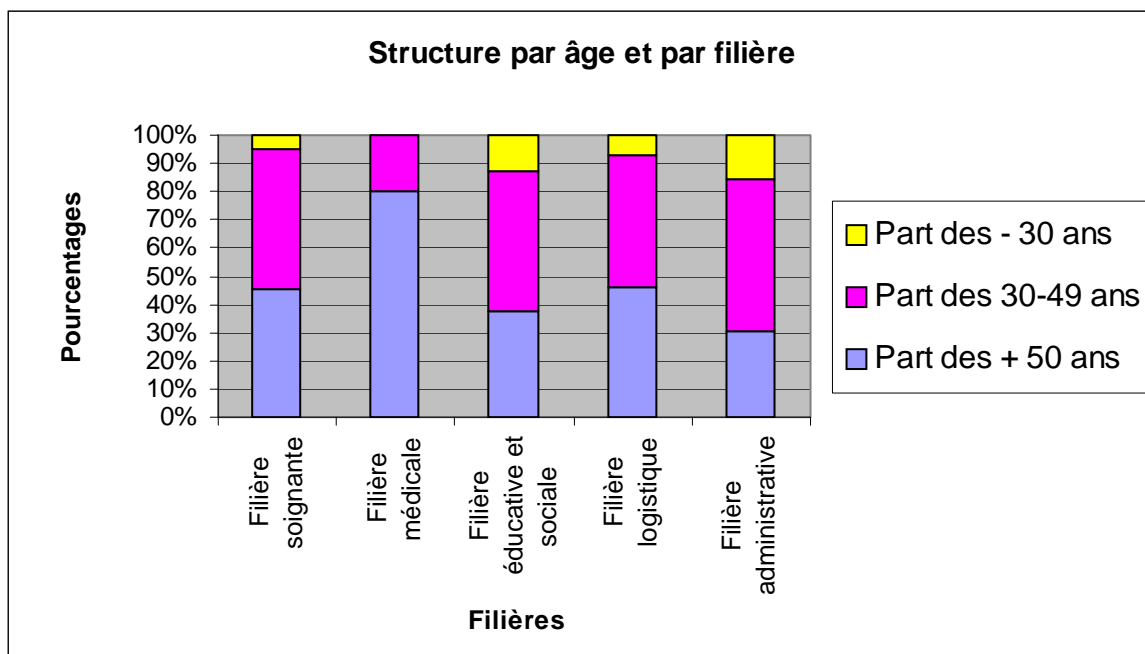


On constate que les filières soignante et médicale représentent à elles seules 61% des effectifs de la clinique, ce qui est conforme à sa mission première : le soin, les autres activités n'étant que partenaires du soin.

D'autre part, concernant la structure par âge et par filière :

---

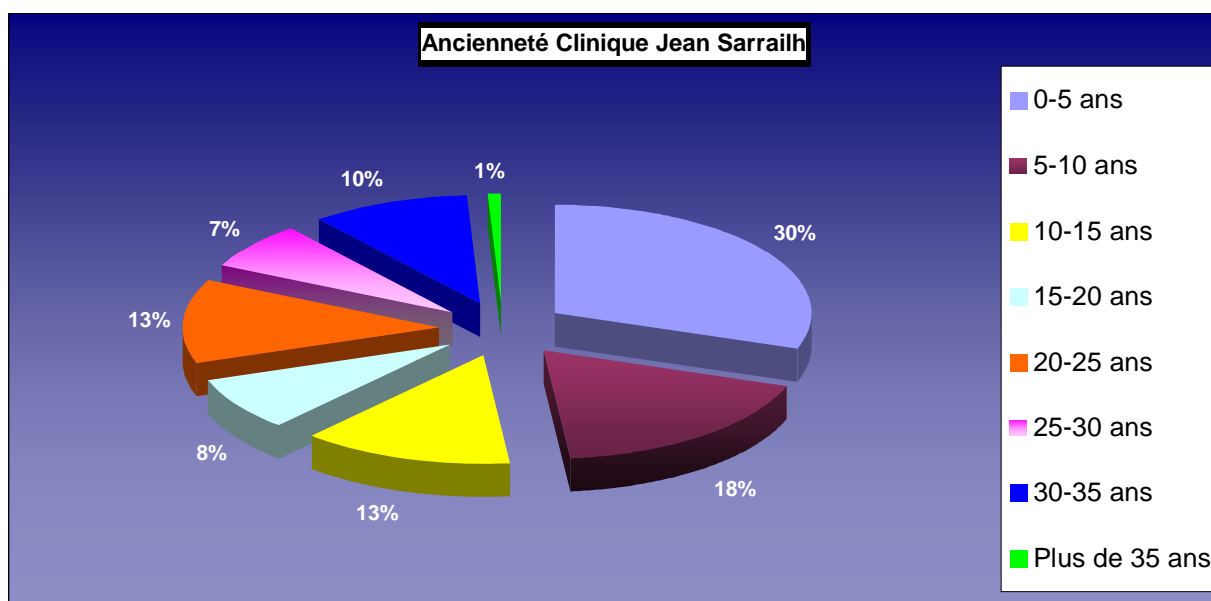
<sup>57</sup> Voir annexe 2.



À la lecture de ce graphique, on peut constater que, toutes filières confondues, la part des salariés âgés de moins de 30 ans est très faible ; elle est même inexistante ou quasi inexistante pour la filière médicale et soignante. En revanche, le pourcentage de salariés âgés de plus de 50 ans est important.

Cela signifie que la clinique va devoir faire face, dans les années à venir, à des départs à la retraite massifs dans des filières qui connaissent déjà des difficultés de recrutement au niveau national.

Enfin, il est intéressant de s'attarder sur un indicateur qui reflète la dynamique interne de l'établissement : l'ancienneté :



On peut noter que plus de 50% des salariés ont plus de 10 ans d'ancienneté dans l'établissement dont 30 % ont plus de 20 ans. Cette ancienneté relativement importante



peut notamment s'expliquer par des raisons géographiques, la clinique se situant dans les landes, un département relativement rural.

Comme tous les autres établissements de la fondation, la clinique repose sur une spécificité soins-études. Une annexe pédagogique, rattachée au lycée de la ville d'Aire-sur-l'Adour, est implantée dans la clinique dans des locaux séparés du secteur soins. L'unité pédagogique se compose d'un directeur des études et de douze enseignants mis à disposition par l'éducation nationale. Ils dispensent un enseignement allant de la quatrième à la terminale adapté à l'état de santé des patients.

La pluridisciplinarité dans la prise en charge du patient à la clinique Jean Sarrailh est importante : psychiatres, psychologues, infirmiers, aides-soignants, assistantes sociales, animateurs, lingères, personnels administratifs, etc. Les risques de glissement de tâches sont dès lors importants et pourtant il n'existe pas de fiche emploi.

## **2.2.2 Enjeux des fiches emploi pour la clinique Jean Sarrailh**

Plusieurs raisons ont amené la direction de la clinique Jean Sarrailh à travailler sur la mise en place des fiches emploi.

- D'une part, les fiches emploi s'inscrivent pleinement dans la politique ressources humaines de la fondation puisqu'elles sont un des outils de la démarche GPEC. Elles serviront de base au groupe de travail au moment de l'écriture des fiches emploi-type de la fondation dont elles ne sont qu'une déclinaison.

- D'autre part, une note de service de mai 2001 prévoyait que « *l'ensemble des fiches de poste devront être validées fin 2001* », cette note a été suivie de deux autres en 2002 et 2006. Pourtant, la HAS, dans son rapport de certification d'octobre 2006, relèvera non seulement que les fiches de poste « *sont en cours d'élaboration et de validation* » mais aussi qu'il existe un « *défait de coordination entre les professionnels de l'établissement* ».

- Enfin, l'arrivée du nouveau directeur semblait être le moment opportun pour relancer le dossier fiches de poste ouvert depuis 2001 par la direction précédente.

La construction du répertoire des emplois s'est faite en plusieurs étapes.

### 2.2.3 Méthodologie adoptée par la clinique Jean Sarrailh pour la construction du répertoire des emplois

Construire des fiches emploi (B) suppose au préalable d'avoir une vision synthétique de l'organisation de la structure, c'est l'objet de l'organigramme (A).

#### A) L'organigramme de la clinique Jean Sarrailh

L'organigramme peut être défini comme « *une carte qui permet de repérer les villes et les routes qui les relient. Il donne une image exacte de la division du travail et indique du premier coup d'œil quels postes existent dans l'organisation, comment ils sont regroupés en unité, comment l'autorité formelle circule entre eux* »<sup>58</sup>.

La HAS, dans son rapport de certification d'octobre 2006, relèvera que « *l'organigramme actuel [de la clinique médicale et pédagogique Jean Sarrailh] ne permet pas d'identifier clairement les responsabilités* ».

Dès lors, avant d'initier un travail de construction des fiches emploi, il a fallu retravailler l'organigramme<sup>59</sup> en prenant en compte un certain nombre d'orientations, à savoir :

- d'une part, la volonté d'introduire à côté de la notion de « *service* » celle de « *pôle* ». Cette notion de « *pôle* » permet de décroquer les services et de créer un ensemble homogène constitué de professionnels qui ont la même activité, même s'ils exercent dans des services différents. Un pôle est réparti sur plusieurs services. Ainsi, à titre d'exemple, l'infirmier n'appartient pas au service A, B ou C mais au pôle infirmier.

Dès lors, 5 pôles ont été créés : le pôle médical et thérapeutique, le pôle infirmier, le pôle pédagogique, le pôle administratif et logistique, et le pôle animation. Concernant ce dernier pôle, la question s'est posée de savoir s'il devait être considéré comme un pôle à part entière ou s'il devait être intégré au pôle infirmier en tant que service. C'est le point de vue du médecin coordonnateur pour qui l'animation ne sera au service du soin qu'à cette condition. Si ce point de vue mérite réflexion, il ne semblait pas opportun d'en débattre à cette occasion ; en effet, cela suppose un véritable travail de réflexion qui pourrait éventuellement se faire lors de la réécriture du projet d'établissement fin 2008.

- D'autre part, réaffirmer la place des cadres en tant que membre de l'équipe de direction. Ainsi, on trouve à la tête de chaque pôle un responsable de pôle.

- Replacer le soin comme mission première de la clinique. À cet égard, on peut relever que l'appellation de l'établissement insiste sur son caractère sanitaire puisqu'elle

---

<sup>58</sup> MINTZERB H., *Structures et dynamique des organisations*, Paris : Les Editions d'Organisation, 1982. 440p.

<sup>59</sup> Voir annexe 3.

accorde les termes de « clinique » et de « médical ». Ainsi, les pôles médical et soignant ont été mis côte à côte sur l'organigramme et leurs responsables placés au dessus des responsables des pôles partenaires (le pôle animation et le pôle pédagogique) et de soutien (pôle administratif et pôle logistique).

- Les noms ne figurent pas sur l'organigramme et ce afin d'insister sur le fait que l'on n'est pas titulaire de son emploi.

- Enfin, les liens hiérarchiques ont été tracés sur l'organigramme ; en revanche, seuls les liens fonctionnels principaux y figurent, l'idée étant d'aller d'avantage dans les détails avec les fiches emploi<sup>60</sup>.

Les fiches emploi sont un outil complémentaire de l'organigramme : l'organigramme permet une description macroscopique de la structure de l'établissement. Plus on zoome sur cet outil, plus on obtient de détails pour arriver, *in fine*, à une vision microscopique : c'est la fiche emploi.

## B) La méthodologie d'élaboration des fiches emploi à la clinique Jean Sarrailh

### a) Définition de l'architecture de la fiche emploi

Avant d'entamer un travail d'écriture des fiches emploi, il convenait de définir l'architecture du document que j'ai articulé autour de quatre parties :

- la première partie donne des renseignements généraux tels que le nom de l'établissement, l'intitulé du métier et de l'emploi, les textes de référence, la présentation du pôle ou du service. En revanche, s'agissant d'une fiche emploi et non d'une fiche de poste, le document n'est pas nominatif. En effet, elle n'est pas faite pour un individu en particulier mais pour former un rouage dans la structure générale de l'organisation.

- La deuxième partie pourrait être définie comme un zoom de l'organigramme puisque, si elle reprend les liens hiérarchiques tels que figurant sur celui-ci, en revanche elle rentre davantage dans le détail concernant les liens fonctionnels. Cette partie se présente sous forme de schéma, celui-ci me paraissant plus lisible que de simples items. Cette partie est importante car c'est autour des relations entre professionnels que va se tisser ou non l'unité d'action de l'institution, et ce dans l'intérêt du patient.

- La troisième partie est le cœur de la fiche emploi puisqu'elle permet de définir la mission du salarié c'est-à-dire son rôle dans la prise en charge, ainsi que les activités qu'il exerce pour accomplir cette mission. Cependant, il convient de ne pas tomber dans un recueil de procédures en allant jusqu'à détailler les tâches, afin de ne pas être trop

---

<sup>60</sup> Voir annexe 4.

enfermant. Afin d'être précis sur le niveau de responsabilité de chaque professionnel, la définition de chaque activité doit commencer par un verbe d'action (« *participe* », « *supervise* », « *assiste* », ...).

- La quatrième partie concerne les qualifications et compétences exigées pour exercer l'emploi.

- Enfin, le document se termine par des indications sur la date de création et la date de mise à jour de la fiche. Cet élément me paraît essentiel car cela renvoie à l'idée selon laquelle la fiche emploi est un outil qui n'est pas figé dans le temps mais qui doit accompagner les évolutions de la structure.

En outre, pour que la fiche emploi soit un document utilisable et utilisé, elle ne doit pas être trop longue. Il m'a semblé pertinent de limiter chaque partie à une page afin d'éviter tout effet dissuasif.

Dans la mesure où la construction des fiches emploi est un travail relativement chronophage, je me suis essentiellement consacrée à l'écriture des parties 1, 2 et 3 de la fiche emploi, la partie 4 ne se fera que dans un second temps.

#### b) *L'écriture des fiches emploi*

Pour que le répertoire des emplois soit un véritable outil dont se saisissent les professionnels de l'institution, il est indispensable de les associer à sa construction et donc de mettre en place un management participatif. En effet, selon M. Spielmann « *l'obstacle majeur à l'établissement et à l'utilisation des descriptions de fonctions provient probablement d'un rejet des individus eux-mêmes* »<sup>61</sup>.

Dans la mesure où les salariés de la clinique avaient déjà été amenés à travailler sur leur fiche de poste à plusieurs reprises depuis 2001, il me semblait important de voir comment ils percevaient cet outil.

J'ai mis en place un questionnaire que j'ai distribué à deux ou trois professionnels de chacune des filières. Le retour de ces questionnaires m'a permis de mettre en avant une approche plutôt négative, les salariés la définissant comme « *un listing de tâches* », « *jamais consulté* » ou encore comme un document ayant pour objectif de « *réduire les responsabilités* »<sup>62</sup>.

Spielmann explique cette approche par l'idée selon laquelle les hommes craignent de voir leurs actions comptées, leur valeur pesée et leur rôle remis en question et ce en référence au Livre de Daniel, chapitre 5, et à l'inscription lue par Cyrus sur le mur du palais royal : « *Mane, Thecel, Pharès* » qui signifie « *compté, pesé, divisé* ».

---

<sup>61</sup> SPIELMANN M., *De la définition de poste à celle d'organigramme*, Paris : Les Éditions d'Organisation, 1991. 219p.

Or, il est important de faire passer aux salariés l'idée selon laquelle les fiches emploi ne sont pas un outil de jugement ou encore un outil les enfermant dans un réseau de contraintes et d'obligations mais un véritable outil qui va permettre non seulement à chacun de connaître sa place, sa liberté et son devoir d'action mais aussi la construction d'une base d'informations utiles au recrutement, à l'élaboration des grilles salariales, de plans de carrières ou de formation. Cependant, n'ayant jamais utilisé cet outil, écrire et mettre en place des fiches emploi à la clinique Jean Sarrailh s'inscrit dans le cadre d'un changement organisationnel.

Le changement organisationnel va se construire essentiellement sur la capacité des acteurs à accepter, adopter ou au contraire résister, transformer les intentions de la direction. Principaux «*animateurs*» des structures et des systèmes organisationnels, ce sont eux qui vont donner ou non vie, sens et efficacité aux projets envisagés.

Pour cela, l'acteur va évaluer, selon une «*rationalité subjective*»<sup>63</sup>, l'intérêt ou l'absence d'intérêt personnel procuré par les actions mises en œuvre et les modifications organisationnelles que le changement implique. Il va se livrer à un calcul avantages-inconvénients tout en y intégrant les dimensions structurantes des valeurs, des sentiments, de l'affectif.

Certains ne pouvant préserver ou trouver leur intérêt dans le changement vont alors développer des résistances qualifiées par Crozier et Friedberg «*de résistances d'intérêt*»<sup>64</sup>.

Mais à côté de ces résistances d'intérêt, il ne faut pas oublier d'autres formes de résistances dues à une incompréhension du changement ou à une peur de ne pas être capable. R. Vaillancourt<sup>65</sup> parle de résistance conceptuelle ou affective. Ces résistances ne sont pas des résistances négatives contrairement aux résistances d'intérêt qui constituent de véritables blocages dans la conduite du changement.

Fauvet classe les acteurs en 4 catégories qui peuvent être représentées ainsi :

---

<sup>62</sup> Voir annexe 5.

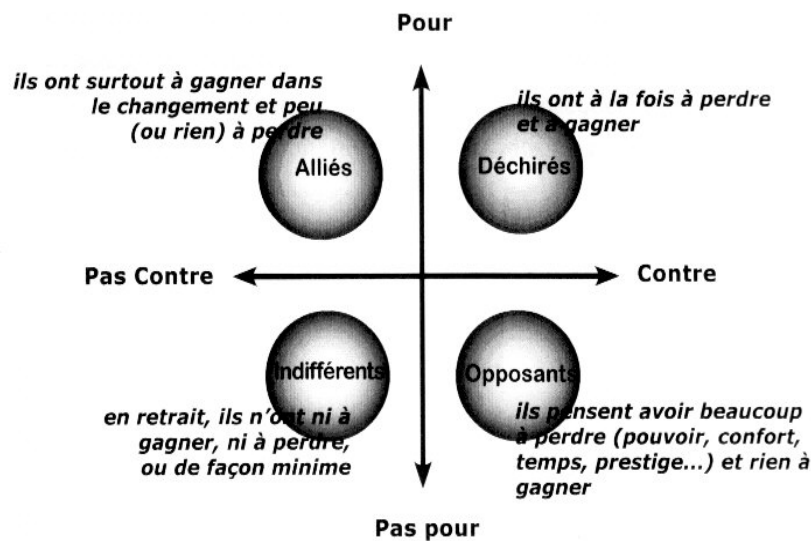
<sup>63</sup> FRIEDBERG E., *Le pouvoir et la Règle. Dynamique de l'action organisée*. Paris : Seuil, 1993. 329p.

<sup>64</sup> CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*, Paris : Seuil, 1977. 436p.

<sup>65</sup> VAILLANCOURT R., «*Réflexion autour de la perception du changement organisationnel*». *Les cahiers de l'Actif*, n° 292/293.

Disponible sur Internet : [http://www.actif-online.com/fichiers/articles/art\\_vaillancourt\\_292\\_293.pdf](http://www.actif-online.com/fichiers/articles/art_vaillancourt_292_293.pdf)

## La position des acteurs



*D'après « La sociodynamique » de J. Fauvet, éditions d'Organisation.*

Après avoir intégré ces différents paramètres, j'ai organisé mon travail par filière et à partir des fiches métier de la fonction publique hospitalière.

Pour l'ensemble des filières, chaque professionnel a été invité à travailler individuellement, en s'aidant des fiches métiers de la Fonction Publique Hospitalière (FPH) et en articulant sa réflexion autour de deux questions : « *Quel est mon rôle dans la prise en charge du patient ? Comment je mène à bien ma mission ?* ».

Cependant, pour les infirmiers, compte tenu de leur nombre, le travail de réflexion a été mené par un groupe de travail composé de 2 infirmiers de chacun des services (de manière à prendre en compte la réalité de chaque service) et d'un cadre infirmier.

Ce travail de réflexion a pu donner lieu à des résistances plus ou moins importantes (résistance d'intérêt, conceptuelle ou affective).

D'une manière générale, la filière logistique n'a pas développé de résistance particulière. Bien que le retour des questionnaires montre qu'ils considèrent cet outil comme inutile, les salariés se sont impliqués dans le travail de réflexion. Ils ont cependant eu du mal à le mettre sur papier, compte tenu d'un rapport à l'écrit compliqué. Les professionnels de cette filière, dite de soutien, ont une définition claire de leur mission, ils pensent n'avoir rien à gagner ni à perdre dans la mise en place des fiches emploi. Leur implication peut notamment s'expliquer par le respect d'une « *commande* » de la hiérarchie.

Il en a été différemment pour les autres filières (administrative, médicale, soignante, éducative et sociale). Bien que certains professionnels soient en demande d'un tel outil, d'une manière générale, sous couvert du manque de temps et de l'inutilité du document, se sont développées des résistances d'intérêt.

En effet, l'absence de fiche emploi crée un certain flou dans l'organisation de l'établissement.

Pour certains, ce flou leur permet d'accroître la marge de liberté dont ils disposent et donc d'exploiter, à leur profit, des zones d'incertitudes. La maîtrise de ces zones d'incertitudes les place dans une position de pouvoir par rapport aux autres<sup>66</sup>. Dès lors, ils pensent avoir beaucoup à perdre dans la mise en place des fiches emploi.

Pour d'autres, ce flou leur permet de ne pas occuper pleinement leur place. Il s'agit essentiellement des cadres de la filière soignante qui ont du mal à quitter le terrain et à s'inscrire dans une place plus stratégique. Dès lors, ils ont à perdre (s'éloigner du terrain) et à gagner (occuper leur place) dans la mise en place des fiches emploi.

Face à ces résistances, il était important que la direction de la clinique Jean Sarrailh garde une position constante et affirmée. Pour mener à bien le travail de construction du répertoire des emplois, la direction s'est appuyée sur les salariés qui étaient en demande d'une clarification de leur mission et de son articulation avec celle des autres professionnels (psychologues, certains personnels administratifs, secrétariat médical) mais aussi sur ceux qui se montraient « *indifférents* » (filière logistique essentiellement) ou « *déchirés* » (cadres infirmiers notamment). Pour ces deux dernières catégories, le travail a cependant nécessité plus de temps : temps d'appropriation, d'échanges avec la direction, d'explications, de réflexion.

Le degré d'implication des professionnels n'a pas été le même mais le fait de les avoir sollicités et écoutés a, en tout état de cause, permis de dégager des axes de travail.

À partir des documents qui m'ont été remis, j'ai pu, pour chaque emploi, donner une définition générale de la mission et un tronc commun pour les activités. En outre, un travail de mise en cohérence entre les fiches emploi a été fait en collaboration plus ou moins importante avec les cadres de l'établissement ; par exemple, la responsable du secrétariat médical « *organise le travail du service* » et la secrétaire médicale « *assure la pertinence des actions autour de la prise en charge du patient en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire* ».

Une fois ce travail réalisé, la fiche emploi a été transmise en tant que document de travail aux professionnels afin de recueillir des remarques éventuelles.

---

<sup>66</sup> CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*. Paris : Seuil, 1977. 436p.

Si, d'une façon générale, les salariés dits « *indifférents* » n'ont fait remonter aucune remarque, il en a été différemment pour ceux dits « *opposants* ». Des réunions de travail ont alors été organisées pour retravailler sur ces documents. Si les fiches emploi ne doivent pas être « *ce que veut faire le professionnel* » mais « *ce que doit faire le professionnel* » dans un cadre institutionnel, ces réunions ont permis de montrer aux « *opposants* » qu'ils ont tout de même un rôle à jouer dans la définition de leur mission et activités et que leur parole est prise en compte par la direction. Il me semble que ce sont là des conditions importantes pour une adhésion et une appropriation de l'outil qui se fera avec le temps.

Les fiches emploi <sup>67</sup>, une fois validées par les professionnels et la direction, ont été rassemblées au sein d'un répertoire des emplois qui reprend également l'organigramme retravaillé, et ce afin d'insister sur le fait qu'organigramme et fiche emploi sont des outils complémentaires.

La construction du répertoire des emplois à la clinique Jean Sarrailh a nécessité beaucoup de temps et d'énergie de la part de la direction mais aussi des salariés. Il est aujourd'hui une réalité dont on peut tirer un certain nombre d'enseignements (partie 3).

---

<sup>67</sup> Voir annexe 6.



### **3 Le processus de construction des fiches emploi à la clinique Jean Sarrailh : un véritable levier de management pour le directeur**

*« Marcheur, il n'y a pas de chemin, le chemin se construit en marchant »*, Antonio Machiado

La mise en place des fiches emploi constitue, à mon sens, une véritable opportunité pour le directeur en terme de management (3-1). Il n'en demeure pas moins que son processus de construction, tel que mis en place à la clinique Jean Sarrailh, demeure perfectible (3-2).

#### **3.1 Points forts en terme de management du processus de construction du répertoire des emplois**

La construction du répertoire des emplois à la clinique Jean Sarrailh a été l'occasion de mettre en place un cadre de référence commun (3-1-1) mais aussi d'entrer dans une dynamique de changement (3-1-2).

##### **3.1.1 La construction d'un cadre de référence commun au service de l'utilisateur**

À la clinique Jean Sarrailh, comme dans la plupart des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, la division du travail entre fonctions, services, professions est d'une très grande complexité. Ainsi, une multiplicité d'acteurs intervient directement ou indirectement dans la prise en charge d'un patient : médecins, infirmiers, aides-soignants, psychologues, assistantes sociales, personnels administratifs, techniques, logistiques. Chacun a reçu une formation différente. La difficulté va alors être de fédérer ces acteurs autour d'une prise en charge du patient coordonnée, alors que leurs logiques s'affrontent la plupart du temps.

C'est l'objet des fiches emploi qui permettent en partie de répondre à cette exigence de partage de références communes et de meilleure coordination.

La clinique Jean Sarrailh n'a jamais véritablement mis en place de fiche emploi. Dès lors, sans cadre de référence, chaque professionnel a pu construire sa propre représentation du métier dans l'établissement, en fonction de son propre système de

valeurs. Cela a été l'un des facteurs amenant à une certaine désorganisation institutionnelle et une absence de cohérence dans la prise en charge du patient.

La construction du répertoire des emplois a été, à mon sens, une opportunité pour le directeur de la clinique en terme de management dans la mesure où cela a permis à chaque acteur de s'interroger sur son rôle, son domaine d'action, sa complémentarité avec les autres professionnels et ce afin de développer une nouvelle culture d'établissement.

La culture d'établissement pourrait se définir comme « *une conscience de ce que l'on est, de ce qu'est l'environnement, des relations qui existent entre la compétence que l'on a et les personnes que l'on sert* »<sup>68</sup>. Il y a culture quand l'articulation entre les actions médicales, sociales, psychologiques, éducatives, thérapeutiques, pédagogiques, ...se fait naturellement, quand les actes et les paroles sont en accord avec des références communes.

Cela suppose un travail de construction des fiches emploi impliquant la direction mais aussi les professionnels.

En effet, ce travail ne doit pas être de la seule compétence de la direction car définir des références communes sans la participation des salariés serait sans intérêt et voué inéluctablement à l'échec. Dès lors, il était primordial d'impliquer les acteurs dans le processus de construction afin qu'ils y adhèrent et s'en saisissent.

En replaçant le patient au centre de la réflexion et en faisant le choix d'une démarche participative, la direction de la clinique Jean Sarrailh a permis de créer un espace dans lequel chacun a pu s'interroger, s'exprimer sur son rôle dans la prise en charge, confronter son regard à celui des autres professionnels.

Si tous les salariés ne se sont pas impliqués de la même façon dans ce travail de réflexion, cette étape n'en était pas moins importante car elle a été l'occasion d'une part de rappeler que chacun est un maillon dans la chaîne de prise en charge du patient (le standardiste a un rôle différent mais aussi important que l'infirmier ou que l'assistante sociale) ; d'autre part, que chacun appartient, non pas à un service déconnecté des autres services, mais à une seule et même institution qui partage le même référentiel de valeurs.

Ainsi, face à des pratiques différentes, les salariés se sont accordés, après échanges et divergences, sur la part des missions qui incombent à chacun et de leur articulation avec les autres professionnels. La direction a montré une attitude volontariste et impliquée, accompagnant dans la durée les salariés dans leur travail de réflexion et de définition.

---

<sup>68</sup> WILAEY J.P., « Le changement en question » , *Les Cahiers de l'Actif* n° 314-317.

Le répertoire des emplois est le fruit d'un travail collectif, d'une collaboration entre direction et salariés. Il a permis aux équipes de se construire des valeurs communes sans pour autant produire une pensée unique.

Le processus de construction du répertoire des emplois a exigé des salariés de la clinique un investissement en temps et en réflexion important. Le management participatif mis en place lui donne une légitimité. Il est important non seulement que le directeur le diffuse largement au sein de la structure afin que chacun ait connaissance des missions de chaque professionnel ; mais aussi qu'il soit régulièrement mis à jour de façon à accompagner les évolutions de l'organisation et être toujours au plus près de la réalité de terrain ; enfin, qu'il soit intégré à la politique de ressources humaines de l'établissement en matière de recrutement, d'évaluation, de mutations, de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Sa mise en place effective semble être le signe d'une nouvelle dynamique.

### **3.1.2 L'entrée dans une dynamique de changement**

Le secteur sanitaire, social et médico-social repose sur une culture de l'oral forte rendant le rapport à l'écrit compliqué pour les professionnels.

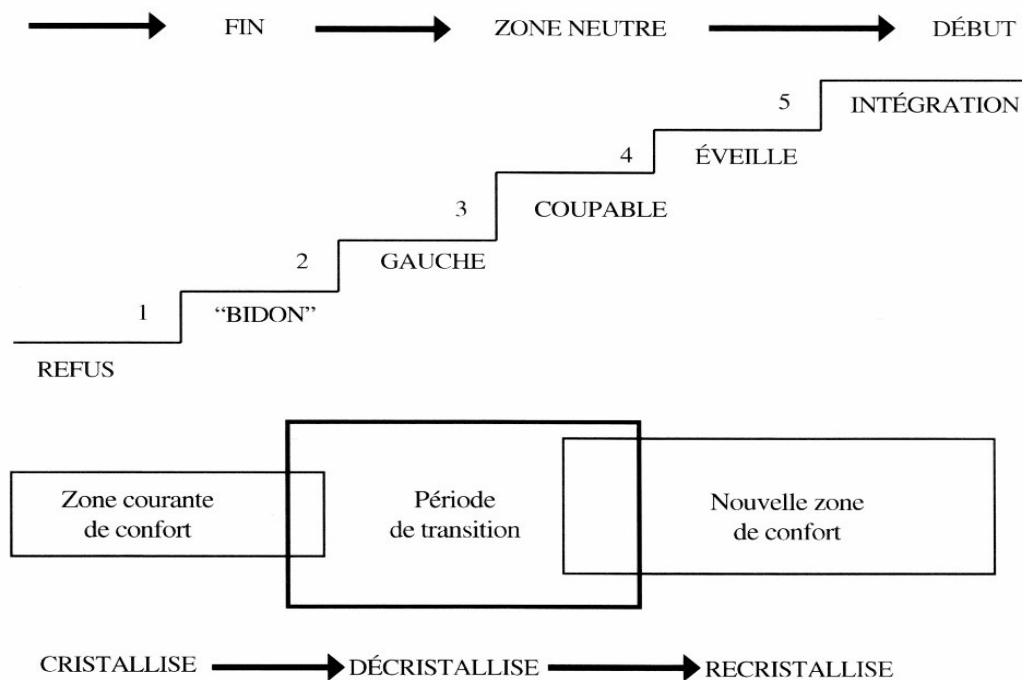
En outre, mettre en place des fiches emploi dans un établissement qui a fonctionné jusqu'alors sans, s'inscrit en rupture par rapport à l'histoire, à la culture, aux pratiques des professionnels de la clinique. Cela vient briser une certaine continuité et crée une opposition entre le *permanent*, l'existant, celui dont on part et dont il restera forcément des traces et le *nouveau*, les manières de faire encore inconnues mais vers lesquelles on s'achemine. Cela va générer des peurs : peur de l'inconnu, peur de perdre des droits acquis ou des privilèges.

Face à un changement, l'organisation traverse ce que J.M. Miramon appelle « *le cycle émotionnel du changement* » en se déplaçant d'une « *zone de confort* », situation habituelle et connue, vers une zone inconnue, incertaine dont le confort reste à aménager.<sup>69</sup>

Jean-Marie Miramon schématise le cycle ainsi :

---

<sup>69</sup> MIRAMON J.M., « Promouvoir le changement », *Les Cahiers de l'Actif* n°314/317.



Le stade 1 est celui où le professionnel refuse ou peut ne pas comprendre le pourquoi du changement ; le stade 2 est celui où, après explication, il considère les propositions comme inutiles, estime qu'elles n'apportent aucune modification, sont sans intérêt ; le stade 3 est celui où il a la sensation d'être « gauche » comme lorsque l'on fait quelque chose mécaniquement, hors de la norme courante ; le stade 4 est une impression de culpabilité que s'impose l'acteur n'étant pas sûr de sa technicité ou de sa volonté de changer. J.M. Miramon considère que ces 4 stades sont les phases les plus importantes et les plus nécessaires ; elles peuvent générer de l'agressivité, de la passivité, de la manipulation.

Le stade 5 est le stade où le professionnel commence à être conscient que la nouvelle façon de voir peut avoir un intérêt et peut-être quelques avantages (marge de manœuvre de l'acteur) et le stade 6 celui où il intègre le nouveau dispositif et devient acteur sinon moteur du processus en cours.

La zone neutre est extrêmement inconfortable, c'est celle de l'inquiétude, de l'incertitude ; c'est devant cette période que l'acteur est le plus vulnérable et tente de faire marche arrière vers une situation connue.

Pour la première fois, la construction du répertoire des emplois de la clinique Jean Sarrailh est arrivée à terme, ce qui, à mon sens, est un signe important de l'entrée des professionnels dans une dynamique de changement. Le choix fait par la direction de la clinique d'opter pour une approche participative a joué une place importante.

Les individus s'opposent bien souvent aux changements qu'ils n'ont pas défini au moins partiellement. La participation est une des mesures touchant aux ressources humaines qui peut faciliter la mise en œuvre du changement. Elle s'apparente à un

apprentissage progressif qui demande un processus d'ajustement entre les individus, les fonctions et les groupes. Loin d'éviter que les conflits latents ne freinent ou empêchent le changement, la participation a pour effet de réduire ou prévenir certaines résistances, incertitudes et inquiétudes.

L'adhésion et l'implication non seulement du directeur mais aussi de tous les salariés dans la conduite du changement a été primordiale car, comme le relève M. Godet « *toute réflexion qui n'est pas appropriée par ceux qui sont concernés et devront la porter aura du mal à se cristalliser en action de changement* »<sup>70</sup>.

En faisant le choix d'une démarche participative, la direction a permis à chacun de devenir acteur du changement en apportant son point de vue et sa connaissance.

Cependant, le fait d'accorder la parole aux professionnels n'a pas pour autant signifié que tous l'aient prise de façon constructive. En effet, comme dans tout processus de changement, il y a les partisans « *naturel* », les opposants inévitables et ceux qui, a priori, sont neutres ou réservés plus par habitude que par choix réfléchi.

La direction n'a pas essayé de convaincre ou contrer les opposants mais a travaillé avec les acteurs motivés et a progressivement entraîné ceux dits « *déchirés* » et « *neutres* ».

Le répertoire des emplois est aujourd'hui une réalité pour la clinique Jean Sarrailh. Si certains professionnels refusent aujourd'hui encore l'outil ou en contestent l'utilité, leur position s'inscrit pourtant dans le cycle émotionnel du changement, un cycle qui est indissociable de la notion de temps.

Le processus de changement est un processus lent et exigeant, qui requiert une certaine patience. La direction a aujourd'hui un rôle important à jouer pour maintenir la dynamique de changement qu'elle a initiée : « *le premier de cordée doit non seulement se préoccuper de bien arrimer les crampons au rocher mais veiller à ce que chacun qui le suivent puisse franchir à son rythme, les étapes qui conduiront la totalité de l'équipe au sommet envisagé. Il n'est pas exclu qu'il doive redescendre pour porter main forte à qui n'a pas encore l'assurance du grimpeur expérimenté, l'encourager de ses paroles et lui rappeler ce qui l'attend au bout du chemin ; le gestionnaire a la responsabilité d'initier, de construire et d'alimenter* »<sup>71</sup>.

En outre, le changement ne doit pas être une finalité en soi mais un mouvement : « *le changement continuera à changer* »<sup>72</sup>.

---

<sup>70</sup> GODET M., *Manuel de prospective stratégique*, Paris : Dunod, 1997. 260p.

<sup>71</sup> VAILLANCOURT R., « Réflexion autour de la perception du changement organisationnel ». *Les Cahiers de l'Actif*, n° 292/293.

Disponible sur Internet : [http://www.actif-online.com/fichiers/articles/art\\_vaillancourt\\_292\\_293.pdf](http://www.actif-online.com/fichiers/articles/art_vaillancourt_292_293.pdf)

<sup>72</sup> RUEST D., RUEST N., « La communication, un élément critique du changement ». *Revue Info Québec*, Volume 24, Numéro 2.

Disponible sur Internet : [www.reso-net.com/download.asp?Fichier=A7](http://www.reso-net.com/download.asp?Fichier=A7)

Bien qu'ayant généré une nouvelle dynamique, la construction du répertoire des emplois n'en est pas moins perfectible.

## **3.2 Propositions concrètes d'amélioration du processus de construction des fiches emploi à la clinique Jean Sarrailh**

Le répertoire des emplois est aujourd'hui une réalité pour les professionnels de la clinique Jean Sarrailh. Cependant, la communication (3-2-1), la planification (3-2-2) et la place des cadres (3-2-3) ont pu parfois, à mon sens, avoir fait défaut.

### **3.2.1 Faire de la communication un outil central d'accompagnement du changement**

*« Il est difficile de dire ce qui est su, d'entendre ce qui est dit et de faire ce qui est entendu »<sup>73</sup>.*

La réussite d'un projet est fortement conditionnée par le niveau de communication mis en place par la direction, et ce, quelque soit la taille de l'établissement.

La communication est, en effet, essentielle pour faire comprendre l'intérêt, les enjeux d'un projet et les changements qu'il implique ; outil de médiation, d'accompagnement, de pédagogie, elle contribue à préparer le "*terrain*" et les acteurs.

La communication doit porter sur :

- la nécessité du projet pour la progression ou la survie de la structure suite à des modifications de l'environnement. Elle doit reposer sur des éléments objectifs et pertinents sans être pour autant exagérés,
- l'utilité du projet qui réside dans le bénéfice de l'amélioration ou au moins dans l'absence de dommage individuel ou collectif,

---

<sup>73</sup> GAREL G., GODELIER E., "Une interview de James G. March : Mythes, organisations et changement", *Revue Française de Gestion*, Septembre-Octobre 1998, n° 120, p.37.

➤ l'intérêt du projet c'est-à-dire le gain personnel – individuel ou collectif. Il constitue de ce fait le critère d'acceptation le plus puissant puisqu'il est lié à la motivation des acteurs,

➤ les étapes pour la mise en œuvre du projet.

Les actions de communication doivent englober à la fois des transmissions écrites et orales. En effet, les mots d'une communication écrite ne représentent que 10% de son sens ; 30% du sens vient du ton de la voix et du rapport établi entre deux interlocuteurs ; 60% vient du langage verbal.

La construction du répertoire des emplois à la clinique Jean Sarrailh a été lancée en novembre 2007. Il n'existait pas à cette époque de journal interne à l'établissement. On peut regretter une communication écrite tardive autour du projet dans la mesure où elle n'a été faite qu'après le lancement d'une « *gazette sarrailhienne* » par la nouvelle direction en début d'année 2008.

En outre, si cette communication écrite traitait de la nécessité, de l'utilité et de l'intérêt des fiches emploi en les situant dans un dispositif GPEC, en revanche elle n'abordait pas la question de la méthodologie de mise en œuvre du processus de construction. Il en a résulté des incompréhensions de la part de certains acteurs qui ne comprenaient pas pourquoi le travail qu'ils avaient fait avait été repris par la direction ou encore pourquoi la mise en place du répertoire prenait autant de temps.

En outre, la simple publication du projet dans le journal interne n'est pas suffisante. En effet, le sens d'un projet implique également pour 30% un contact entre interlocuteurs et pour 60% une communication verbale.

La direction a demandé à chaque salarié de mener un travail de réflexion sur ses missions mais sans s'assurer qu'il disposait des connaissances théoriques et pratiques nécessaires à ce travail (il peut être en effet compliqué de faire la différence entre la « *mission* », « *l'activité* », « *la tâche* ») et sans expliquer la méthodologie arrêtée. Dès lors, si un contact a bien été établi, en revanche la communication orale n'a pas été suffisante. Les professionnels l'ont davantage apparentée à un monologue qu'à un véritable dialogue alors même que la direction entendait mettre en place une véritable démarche participative :

- le *monologue* : cette forme de communication est perçue comme une simple transmission d'informations. Le projet apparaît alors à beaucoup comme imposé, non négocié, ni discuté, venant mettre en cause l'existant. Il est donc fréquemment vécu plus comme une menace que comme une opportunité ce qui peut provoquer des effets "*non-désirés*" tels que le retrait, l'anxiété, la résistance ou encore la démobilisation.

Cette forme de communication oublie le fait que l'organisation est composée d'un ensemble d'individus qui devront réaliser le changement au jour le jour à partir de leur propre compréhension de celui-ci.

- Le *dialogue* : cette forme de communication apparaît non plus comme une simple transmission d'informations mais comme un lieu de négociation du sens, de la relation et du contexte. Au travers le partage, la confrontation et l'invention, le dialogue permet la coconstruction du changement dans l'organisation. Le directeur est un acteur parmi d'autres puisqu'il ne peut mettre en place le changement sans un engagement actif des autres participants. Cela suppose l'établissement de dispositifs participatifs.

La mise en place de réunions d'information aurait sans doute permis d'avantage d'échanges entre la direction et les salariés favorisant ainsi la compréhension du dispositif de GPEC et de l'intérêt des fiches emploi. On peut penser que l'adhésion des professionnels n'aurait été que meilleure. Ces réunions auraient permis de donner davantage de repères et notamment des repères de temps.

### **3.2.2 Planifier davantage le processus de construction du répertoire des emplois**

La construction d'un répertoire des emplois n'est pas un chantier facile ni banal. C'est une opération qui prend du temps. Dès lors, il est important d'éviter un essoufflement, de maintenir une motivation, de donner des repères.

Les salariés de la clinique Jean Sarrailh ayant déjà été amenés à travailler sur leur fiche de poste en 2001, la construction du répertoire des emplois semblait être un travail relativement simple de mise à jour et de synthèse. C'était pourtant sans compter sur une histoire, une culture et des conflits plus importants qu'ils n'y paraissaient.

Un élément essentiel a, à mon sens, fait défaut dans le processus de construction du répertoire des emplois : un calendrier de travail.

Si la direction a réfléchi à un point de départ et à un point d'arrivée dans le travail de construction du répertoire, en revanche, les différentes étapes n'ont pas été planifiées. Cela a eu pour conséquence une absence de repères pour tous les professionnels, direction et salariés.

Le diagramme de GANTT<sup>74</sup> est à ce titre un bon outil de planification : chaque tâche est représentée par une ligne, tandis que les colonnes représentent les jours, semaines ou mois du calendrier selon la durée du projet ; le temps estimé pour une tâche se modélise par une barre horizontale dont l'extrémité gauche est positionnée sur la date prévue de

---

<sup>74</sup> Outil inventé en 1917 par Henry L. GANTT.



démarrage et l'extrémité droite sur la date prévue de fin de réalisation. Cet outil permet à la direction et aux différents acteurs de suivre graphiquement l'avancement du travail.

Dans tout projet, il y a le temps de l'action elle-même, mais également le temps de préparation, de réflexion et d'appropriation. La gestion du temps doit se faire avec prudence et pertinence. En effet, la direction doit trouver un juste équilibre entre le « *trop long* » et le « *trop court* » .

Un projet qui s'inscrirait sur un trop long terme risquerait d'entraîner un essoufflement, une démotivation ; un projet qui s'inscrirait sur un trop court terme ne permettrait pas aux professionnels d'intégrer pleinement le projet, d'y adhérer et de s'y impliquer.

C'est l'importance du projet qui doit guider la direction dans la fixation des délais. Ainsi, avec 109 salariés et des tentatives avortées de mise en place des fiches emploi favorisant des réticences face à l'outil, le travail de réalisation du répertoire des emplois aurait pu justifier une année de réflexion et d'écriture.

### **3.2.3 Faire des cadres un moteur dans le processus de construction du répertoire des emplois**

Tous les professionnels de la clinique ont été invités, quelque soit leur place dans l'organigramme, qu'ils soient cadres ou non cadres, à réfléchir et à définir leur place et leur rôle dans la prise en charge du patient. Ce travail de réflexion a été mené par l'ensemble des salariés sur une même période et a ensuite donné lieu à une mise en cohérence de façon à ce qu'il n'y ait pas de recoupement mais une véritable complémentarité entre chaque emploi.

Il me semble cependant que le processus de construction du répertoire des emplois aurait dû davantage se faire sur un modèle de pyramide descendante, en commençant donc par les cadres. En effet, plus qu'une simple « *courroie de transmission* », ces derniers doivent être porteur du projet auprès des professionnels ; leur implication est une condition importante pour sa réussite. Or, force est de constater qu'ils ont développé de nombreuses résistances.

Dès lors, il est difficile de demander à un salarié de s'investir dans ce travail de construction du répertoire alors même que le projet n'est pas véritablement porté par le cadre. Un certain nombre de professionnels ont d'ailleurs relevé cette faille et évoqué leur difficulté à définir leur mission alors même qu'il ne connaisse pas celle de leur supérieur ; élément d'autant plus important qu'il existe de nombreuses zones d'incertitudes à la clinique Jean Sarrailh.

Dès lors que l'on définit le cadre non pas comme un simple technicien mais comme un encadrant en ce sens qu'il assure également un rôle d'interface entre la hiérarchie et les salariés, on peut compter onze cadres dans l'établissement : deux

adjointes de direction, un infirmier cadre supérieur de santé, quatre infirmiers cadres de santé et quatre médecins psychiatres chefs de service.

Ces cadres peuvent assurer soit un encadrement stratégique (médecins psychiatres, adjointes de direction), c'est-à-dire qu'ils coordonnent plusieurs équipes de cadres intermédiaires; soit un encadrement intermédiaire (infirmier cadre supérieur de santé), c'est-à-dire qu'ils supervisent une équipe de cadre de proximité ; soit un encadrement de proximité (infirmier cadre de santé) dans la mesure où ils animent une équipe de professionnels.

L'écriture des fiches emploi aurait pu se dérouler en plusieurs étapes dont la première aurait consisté à constituer un groupe de travail composé des cadres. Il est en effet primordial qu'ils adhèrent au projet pour ensuite en être porteur auprès des équipes ; il est également important qu'ils aient une définition claire de leur rôle et de ce qu'ils attendent de leurs collaborateurs. Leur travail aurait pu s'appuyer sur le projet d'établissement et l'organigramme ; celui des salariés sur le questionnaire mis en place et à la lumière de la fiche emploi de leur supérieur.

Ce système de construction du répertoire reposant sur une pyramide descendante aurait rendu, à mon sens, le travail plus efficient.

## Conclusion

Établissement de la fondation santé des étudiants de France, la clinique médicale et pédagogique Jean Sarrailh est admise à participer au service public hospitalier. Et pourtant, les notions de service public et de qualité de la prise en charge du patient sont parfois mises à mal au profit de logiques individuelles.

Dès lors, le fait pour la clinique d'avoir intégré le dispositif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences initiée par la fondation par l'écriture des fiches emploi a été l'occasion pour le directeur de marquer l'entrée dans une nouvelle dynamique : celle du changement.

Cependant, comme le relevait déjà Machiavel<sup>75</sup> en son temps, « *il n'y a rien de plus difficile, de plus risqué, de plus dangereux à conduire que d'initier un nouvel ordre des choses* ». Patience, écoute, détermination, participation ont été les maîtres-mots de la direction pour accompagner et guider les professionnels dans la réalisation d'un travail long et chronophage.

L'écriture du répertoire des emplois a été l'occasion d'amener les salariés à s'interroger sur le cœur même de leur métier, de rappeler que la qualité de la prise en charge du patient doit être au centre de toutes les préoccupations. Le respect de la place et du rôle de chacun est primordial.

Cependant, « *seul l'individu décidera de changer et il lui faut du temps pour accepter d'autres représentations mentales et d'autres façons de travailler. C'est l'individu qui dépassera le fait de « l'intention » pour passer à « l'action »* »<sup>76</sup>. Dès lors, l'adhésion et la compréhension par les professionnels d'un projet impulsé par le directeur est une condition *sine qua non* de sa réussite.

Le répertoire des emplois est aujourd'hui une réalité pour la clinique Jean Sarrailh, cependant, il ne faut pas perdre de vue qu'il s'inscrit dans une démarche globale : celle de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

La GPEC, au-delà d'une obligation légale dans le secteur privé, s'avère être une nécessité pour la survie des structures. En effet, elle permet d'anticiper sur les évolutions du secteur sanitaire, social et médico-social. Dès lors, privés comme publics, il est dans l'intérêt de l'ensemble des établissements de saisir la démarche comme une véritable opportunité.

---

<sup>75</sup> Penseur italien de la Renaissance (1469 – 1527).

<sup>76</sup> KERLAN F., *Guide pour la GPEC*. Paris : Les Editions d'Organisation, 2007. 299p.

---

# Bibliographie

---

## Textes règlementaires et législatifs

- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1989. - Circulaire Rocard du 23 février 1989 relative au renouveau du service public, *Journal Officiel de la République Française*, 24 février 1989, pp.2526.
- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1989. - Loi n° 89-905 du 19 décembre 1989 favorisant le retour à l'emploi et à la lutte contre l'exclusion professionnelle. *Journal Officiel de la République Française*, 20 décembre 1989, p.15783.
- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1991. - Loi hospitalière n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. *Journal Officiel de la République Française*, 2 août 1991, p.10255.
- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2005. – Loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale. *Journal Officiel de la République Française*, 19 janvier 2005, p. 864.
- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 1996. - Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. *Journal Officiel de la République Française* n°98, 25 avril 1996, p.6324.
- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2001. - Décret n° 2001-1347 du 28 décembre 2001 modifiant le décret n° 88-981 du 13 octobre 1988 relatif au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière. *Journal Officiel de la République Française*, 30 décembre 2001, p.21432.
- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2002. - Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 portant rénovation de l'action sociale et médico-sociale. *Journal Officiel de la République Française*, 3 janvier 2002, p.124.
- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2003. - Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 relative au financement de la sécurité sociale pour 2004. *Journal Officiel de la République Française*, 19 décembre 2003, p.21641, articles 22 à 34.
- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2004. - Circulaire d'orientation du 5 mars 2004 relatif aux SROS de 3<sup>ème</sup> génération pour la période 2005-2010.
- RÉPUBLIQUE FRANÇAISE, 2005. - Circulaire DGEFP n° 2007-15 du 7 mai 2005 relative à l'anticipation des mutations économique et au développement de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

## Revue et périodiques

- ACKER F., DENIS G., « Evolution du travail et des emplois dans les services administratifs et logistiques ». *CEREQ*, Février 1988, n°34.
- ANTONMATTEI P.H., « La GPEC : un défi social, économique et juridique ». *Revue droit social*, Novembre 2007, fascicule n° 2007/11, p. 1067-1094.
- BARON X., « La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences en entreprise », *La Documentation Française*, Juillet-Septembre 1993, n°262, pp.3-18.
- BRUGERON J.M., « L'organigramme de direction, outil privilégié d'un management rénové ? mise en place d'un organigramme matriciel au Centre Hospitalier de Lourdes ». *Gestion hospitalière*, Février 1998, fascicule n° 1998/02, p.99-104.
- GAREL G., GODELIER E., "Une interview de James G. March : Mythes, organisations et changement", *Revue Française de Gestion*, Septembre-Octobre 1998, n° 120, p.37.
- GILBERT P., « La GPEC : histoire et perspectives ». *Revue française de gestion*, fascicule n°1999/06-08, numéro 124, p.66-75.
- LOUART P., « La gestion des ressources humaines dans les trois fonctions publiques : sur les pas du privé ». *Personnel*, Octobre 2003, n°443, p.20.
- MANDON N., « Analyse des emplois et gestion anticipée des compétences ». *Bref*, Septembre 1990, n° 57, p.1-4.
- MARIE D., « Organigramme de direction polaire et matriciel ». *Directeur d'hôpital (Le)*, fascicule 2000/02-03, numéro 70, p.51.
- MIRAMON J.M., « Promouvoir le changement », *Les Cahiers de l'Actif* n°314/317.
- SFEZ M., « Evolution des métiers, involution des compétences ? ». *Enjeux hospitaliers*, fascicule n° 2006/04, numéro 3, p. 24-25.
- WILAEY J.P., « Le changement en question », *Les Cahiers de l'Actif* n° 314-317.

## Ouvrages

- BERTON F., DOUENEL G., *Gestion prévisionnelle des emplois et formation*. Paris : Centre Inffo, 1990. 128p.
- CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*. Paris : Seuil, 1977. 436p.
- DERENNE O., LAMY Y., *Les 12 points clé de la carrière du fonctionnaire hospitalier*. Rennes : Editions ENSP, 9<sup>ème</sup> édition 2007. 270p.
- DOMINIQUE Th., SAURET Ch., *La gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences*. Paris : L'Harmattan, 2<sup>ème</sup> éd. 1994. 186p.
- FRIEDBERG E., *Le pouvoir et la Règle. Dynamique de l'action organisée*. Paris : Seuil, 1993. 329p.

- GODET M., *Manuel de prospective stratégique*. Paris : Dunod, 1997. 260p.
- KERLAN F., *Guide pour la GPEC*. Paris : Les Editions d'Organisation, 2007. 299p.
- LE BOTERF G., *Ingénierie et évaluation des compétences*. Paris : Les Editions d'Organisation, 1994. 630p.
- LE BOTERF G., *Le schéma directeur des emplois et des ressources humaines. Un outil de management stratégique*. Paris : Les Editions d'Organisation, 1988. 233p.
- LEVY-LEBOYER Cl., *La gestion des compétences*. Paris : Les Editions d'Organisation, 1996. 166p.
- LEVY-LEBOYER Cl., *La motivation dans l'entreprise, modèles et stratégie*. Paris : Les Editions d'Organisation, 1998. 245p.
- LOUCHE C., *Psychologie sociale des organisations*. Paris : Armand Colin, 2007. 206p.
- MALLET L., *Gestion prévisionnelle de l'emploi*. Paris : Editions Liaisons, 1991. 200p.
- MINTZERB H., *Structures et dynamique des organisations*. Paris : Les Editions d'Organisation, 1982. 440p.
- PROBST G., MERCIER J.Y., BRUGGIMANN O., RAKOTOBARISON A., *Organisation et management*. Paris : Les éditions d'Organisation, 1997. 264p.
- RAOULT N., *La gestion prévisionnelle et préventive des emplois et des compétences en milieu hospitalier*. Paris : L'Harmattan, 1991. 285p.
- ROUILLEAULT H., *Anticiper et concerter les mutations : l'obligation triennale de négocier le dispositif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences*. Paris : La Documentation Française, 2007. 254p.
- SPIELMANN M., *De la définition de poste à celle d'organigramme*. Paris : Les Éditions d'Organisation, 1991. 219p.
- WEISS D., *Les ressources humaines*. Paris : Les Editions d'Organisation, 1999. 805p.
- ZARIFIAN Ph., *Le modèle de la compétence*. Paris : Editions Liaisons, 2004. 130p.

### **Mémoires**

- D'ARIFAT M., ETEVE C., FYOT T., HORTA I., *L'implication du DRH dans la réflexion stratégique*. Etude Université Paris Dauphine, Octobre 2005.
- BOUET O., DEANAZ G., FOU MENA WC., DE PENFENTENYO S., *Quelles valeurs managériales pour promouvoir une GPEEC ?* Projet collectif Sciences Po Paris, Juin 2007.

- ROCHER M., *La mise en œuvre d'une politique GPEC : l'exemple du centre hospitalier de Hagueneau*. Mémoire ENSP, filière DH, 2004.

### **Rapports**

- COUANAU R., « L'organisation interne de l'hôpital ». Rapport d'information déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, Mars 2003.
- JOURDAIN-MENNINGER D., STROHL-MAFFESOLI H., « Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques ». Rapport IGAS n° 2004 027, Février 2004.
- MATILLON Y., « Modalités et conditions d'évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé ». Rapport de mission, Août 2003.
- VAUQUIEZ L., « La santé et la protection sociale des étudiants ». Rapport d'information déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, Décembre 2006.

### **Documents internet**

- VAILLANCOURT R., « Réflexion autour de la perception du changement organisationnel ». *Les cahiers de l'Actif*, n° 292/293.

Disponible sur Internet :

[http://www.actif-online.com/fichiers/articles/art\\_vaillancourt\\_292\\_293.pdf](http://www.actif-online.com/fichiers/articles/art_vaillancourt_292_293.pdf)

- RUEST D., RUEST N., « La communication, un élément critique du changement ». *Revue Info Québec*, Volume 24, Numéro 2.

Disponible sur Internet :

[www.reso-net.com/download.asp?Fichier=A7](http://www.reso-net.com/download.asp?Fichier=A7)

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Les établissements de la fondation santé des étudiants de France

Annexe 2 : Exemple du classement par filière de la convention collective 51

Annexe 3 : Ancien organigramme de la clinique Jean Sarrailh

Annexe 4 : Nouvel organigramme de la clinique Jean Sarrailh

Annexe 5 : Questionnaire relatif à la mise en place des fiches emploi

Annexe 6 : Fiche emploi



# Nos établissements

**1 Clinique médicale et pédagogique**  
avenue Paul Langevin, BP 10439  
59664 Villeneuve d'Ascq cedex  
Tél. : 03 20 43 88 10  
Mail : contact.villeneuve@fsef.net

**2 Centre médical et pédagogique Rennes-Beaulieu**  
**Service d'accompagnement et de soutien**  
41, avenue des buttes de Coësmes  
35700 Rennes  
Tél. : 02 99 25 19 19  
Mail : contact.beaulieu@fsef.net

**3 Centre médical et pédagogique J. Arnaud**  
**Centre de reclassement professionnel**  
5, rue Pasteur  
95570 Bouffémont  
Tél. : 01 39 35 35 35  
Mail : contact.ompja@fsef.net

**4 Clinique médicale et pédagogique E. Rist**  
14, rue Boileau  
75016 Paris  
Tél. : 01 40 50 52 00  
Mail : contact.edouard.rist@fsef.net

**5 Clinique médico universitaire G. Heuyer**  
68, rue des grands moulins  
75013 Paris  
Tél. : 01 45 85 25 17  
Mail : contact.georges.heuyer@fsef.net

**6 Clinique médicale et pédagogique Dupré**  
30, avenue du Président Franklin Roosevelt, BP 101  
92333 Sceaux  
Tél. : 01 40 91 50 50  
Mail : contact.dupre@fsef.net

**7 Centre médical et pédagogique pour adolescents**  
19, rue du Dr Lardanchet  
77610 Neufmoutiers-en-Brie  
Tél. : 01 64 42 46 46  
Mail : contact.cmpa@fsef.net

**8 Centre médical et pédagogique**  
29, rue de la libération  
91480 Varennes-Jarcy  
Tél. : 01 69 39 99 00  
Mail : contact.varennes@fsef.net

**9 BAPU\* Pascal**  
30 rue Pascal  
75005 Paris  
Tél. : 01 43 31 31 32

**10 Clinique médicale et pédagogique Jean Sarrailh**  
2, rue de Prat  
40800 Aire-sur-Adour  
Tél. : 05 58 71 65 08  
Mail : contact.sarrailh@fsef.net

**11 BAPU\* Camus**  
6 rue de Palerme  
67000 Strasbourg  
Tél. : 03 88 52 15 51

**12 Foyer Prélude**  
291, rue de la houille blanche  
38400 St Martin d'Hères  
Tél. : 04 76 59 55 50

**13 Clinique du Grésivaudan**  
10, avenue des maquis du Grésivaudan  
38702 La Tronche cedex  
Tél. : 04 38 38 08 20  
Mail : contact.gresivaudan@fsef.net

**14 Clinique médicale et pédagogique Les cadrans solaires**  
11, route de Saint-Paul, BP 39  
06141 Vence cedex  
Tél. : 04 93 24 55 00  
Mail : contact.cadrans.solaires@fsef.net

\* BAPU : Bureau d'aide psychologique universitaire

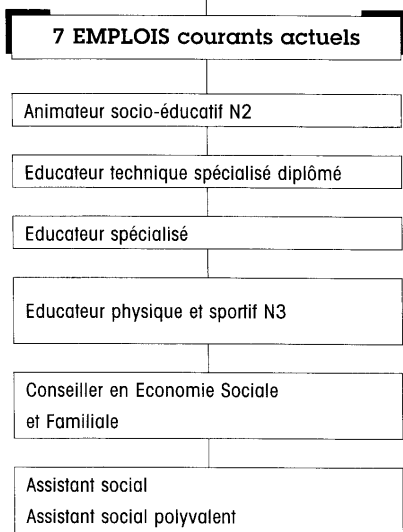


**FILIERE : EDUCATIVE ET SOCIALE** **Regroupement 2.6**

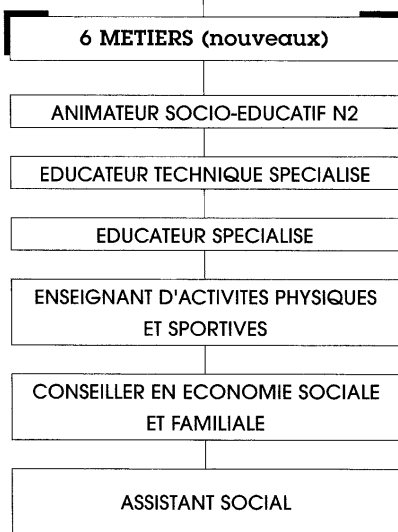
**REGROUPEMENT DE METIERS**

**TECHNICIEN SOCIO-EDUCATIF**

**Sont rattachés à ce regroupement**



**Qui correspondent à**



**CRITERES DE REGROUPEMENT**

Le technicien socio-éducatif a pour mission, par la mise en œuvre d'activités de conception, d'exécution, d'évaluation, de favoriser l'insertion sociale, scolaire et/ou professionnelle, de favoriser le développement et l'épanouissement, d'aider à l'acquisition et au retour de l'autonomie, de former, de conseiller et d'informer dans le domaine de la vie quotidienne, les personnes accueillies.  
Il est titulaire des diplômes requis pour exercer la profession.

**COEFFICIENT DE REFERENCE 479**





ANIMATEUR SOCIO-EDUCATIF NIVEAU 2

Coef. Réf.

479

## REGROUPEMENT

## TECHNICIEN SOCIO-EDUCATIF

Animateur socio-éducatif N2 .....

Complément  
encadrementComplément  
diplômeComplément  
métier

## Définition du métier

Dans le domaine de sa compétence, l'animateur socio-éducatif Niveau 2 a un rôle de conseiller technique et de soutien auprès des personnels de l'établissement et agit en concertation avec les équipes sociales, éducatives et soignantes.

## Conditions d'accès au métier

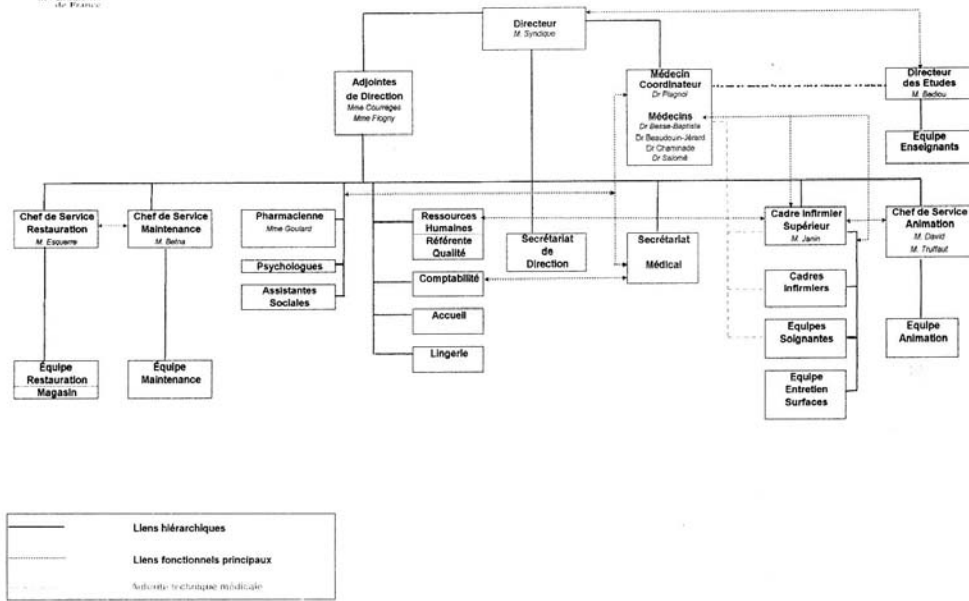
L'animateur socio-éducatif Niveau 2 doit être titulaire du diplôme d'Etat relatif aux fonctions d'animation créé par le Décret n° 79-500 du 28 juin 1979 (DEFA).

## Dispositions spécifiques

L'animateur socio-éducatif Niveau 2 exerçant dans les maisons d'accueil spécialisées, les centres d'hébergement et de réadaptation sociale et les foyers de vie bénéficie d'une prime fonctionnelle de 11 points.



ORGANIGRAMME DE LA CLINIQUE JEAN SARRAILH



CLINIQUE JEAN SARRAILH

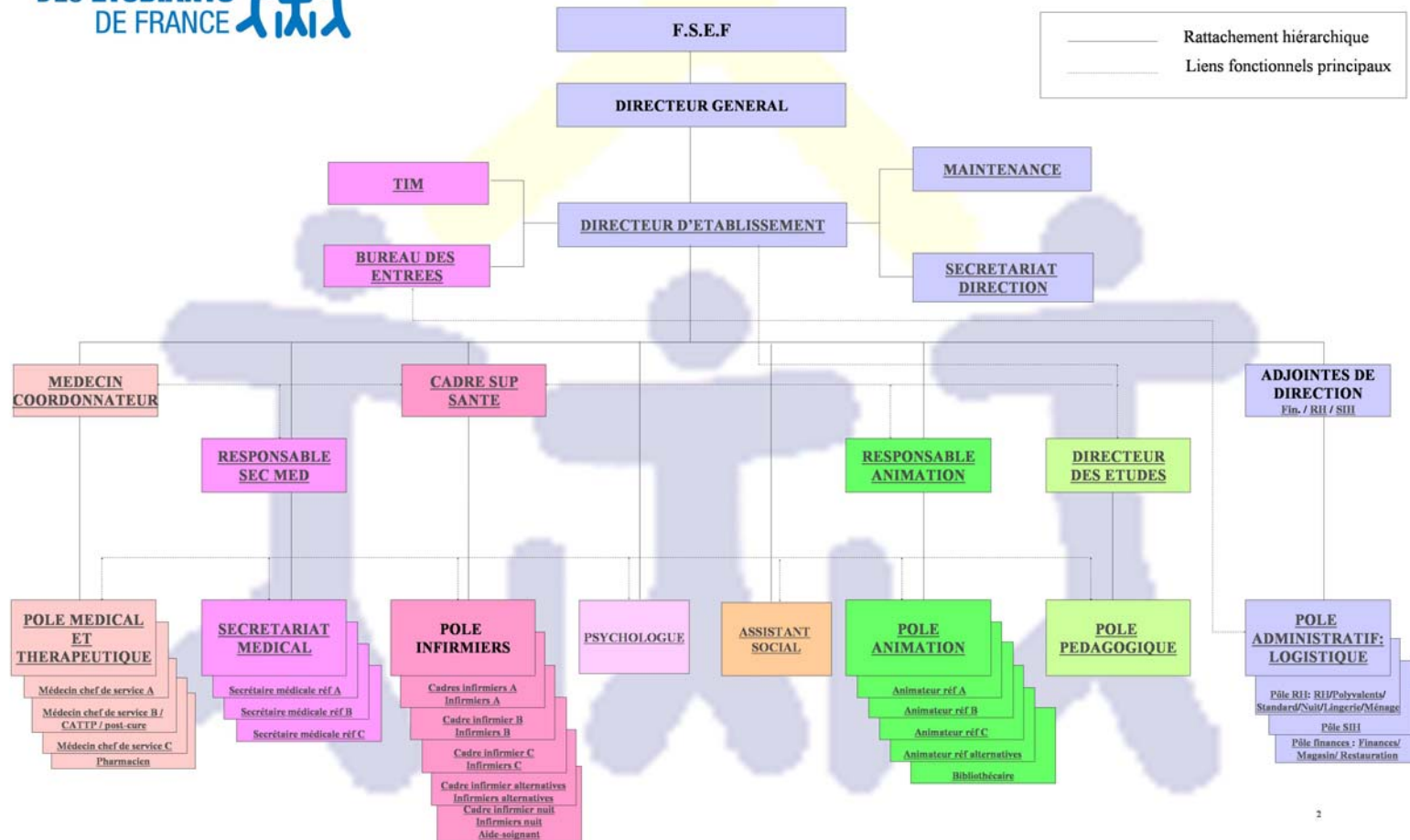
1422207  
83014

S3 010-1

Annexe 4



ORGANIGRAMME DE LA CLINIQUE MEDICALE ET PEDAGOGIQUE JEAN SARRAILH



**QUESTIONNAIRE RELATIF A LA MISE EN PLACE DES FICHES DE POSTE**

**1 - Votre profil**

**Date d'entrée à la Clinique Jean Sarrailh :**

**Sexe**

Féminin

Masculin

**Age**

20-30 ans  30-40 ans  40-50 ans  Plus de 50 ans

**Filière**

Soignante  Educative et sociale  Administrative  Logistique  Médicale

**Poste occupé**

Cadre  Non cadre

**2 – Votre point de vue**

**Quelle définition donneriez-vous de la fiche de poste ?**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**Avez-vous rencontré des difficultés dans la rédaction de votre fiche de poste ?**

Oui  Non

Remarques :

-----  
-----  
-----  
-----

**Selon vous, la fiche de poste présente un intérêt institutionnel**

Important       Moyen       Faible

**La mise en place des fiches de poste présente**

Plus d'avantages que d'inconvénients

Plus d'inconvénients que d'avantages

Remarques :

-----  
-----  
-----  
-----

**La fiche de poste est-t-elle un outil permettant une meilleure complémentarité entre les différents professionnels dans la prise en charge du patient ?**

Oui     Partiellement     Non

Remarques

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

**Remarques générales :**



FICHE EMPLOI

IDENTIFICATION DU POSTE

→ Métier : Assistant social

→ Textes de référence : Convention collective FEHAP - 31/10/51 ; Statuts et règlement intérieur FSEF ; Loi du 8 Avril 1946 codifiée aux articles 218 à 225 du Code de la famille et de l'aide sociale

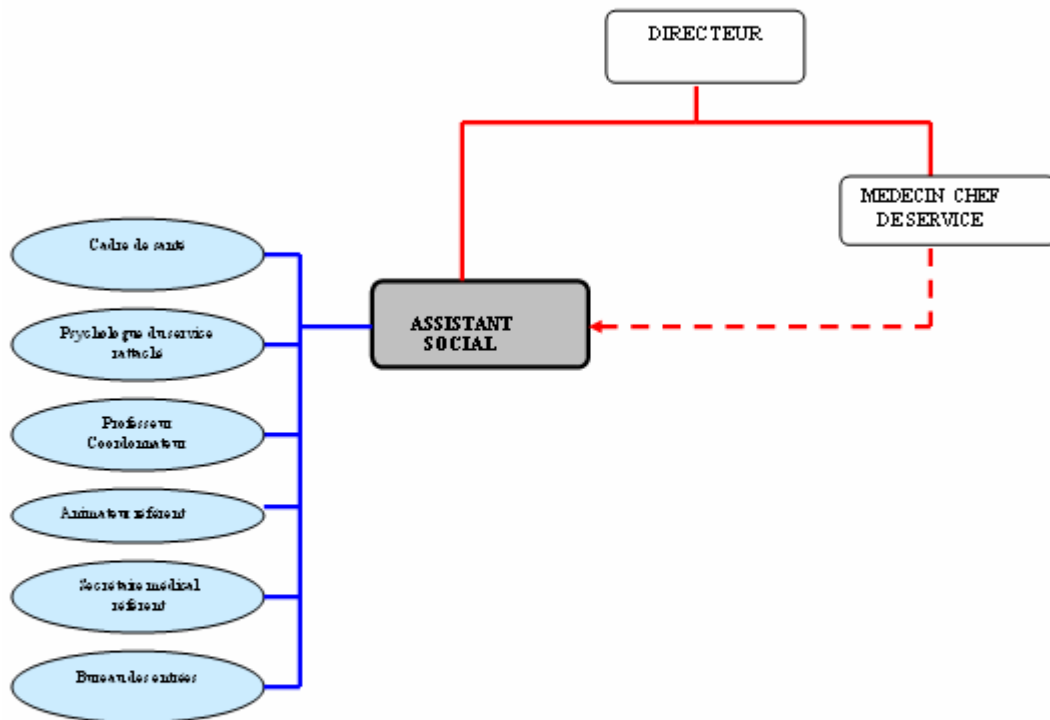
→ Emploi : Assistant social

→ Présentation du service :  
❖ → 2 assistants sociaux (1,5 ETP)

→ Poste : selon nécessités de service



## POSITION DANS L'ORGANISATION



- Autorité hiérarchique
- - - Autorité fonctionnelle
- Liens fonctionnels principaux

## DEFINITION DU POSTE

### ➤ Mission générale :

L'assistant social met en œuvre toutes les actions d'information, d'orientation, de soutien, de protection, de prévention, et de recherche d'aide auprès des patients et de leur famille, en concertation avec l'équipe médicale et paramédicale du service ; il participe à la réalisation du projet de sortie du jeune.

### ➤ Activités permanentes :

- Participe à l'élaboration d'un diagnostic psychosocial
  - ✓ Prépare et participe à la rencontre préalable
  - ✓ Prépare et participe au post groupe
- Reçoit à l'admission les parents/ représentant légal du patient pour une évaluation sociale
  - ✓ recueil d'éléments biographiques
  - ✓ évalue la situation socio économique de la famille
  - ✓ évalue le contexte environnemental du patient
- Participe au montage du dossier d'admission du patient dans son volet social
- Suit, en collaboration et en complémentarité avec le bureau des admissions, le dossier administratif pour la prise en charge du patient
- Assure l'information, assure le suivi des droits, devoirs et procédures, en collaboration avec le secrétariat médical
- Rédige des rapports sociaux et des signalements en relation avec le médecin chef de service
- Participe à un travail d'autonomisation sociale, pré-professionnel, professionnel
- Elabore des projets individuels, dans sa dimension sociale, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire
- Participe à l'élaboration du projet thérapeutique dans sa dimension sociale
  - ✓ Elabore un projet individuel dans son volet social, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire
  - ✓ Participe aux différentes réunions organisées autour du patient
  - ✓ Travail auprès des familles dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire
  - ✓ Participe aux entretiens familiaux
- Est l'interface entre l'établissement et les équipes extérieures intervenant auprès du patient et de sa famille (travailleurs sociaux, services administratifs, justice, service social de l'éducation nationale, UDAF...)
- Assure une veille juridique et sociale
- Participe à la mise à jour du RIM-Psy

### ➤ Activités ponctuelles :

- Accueil des stagiaires

## PARTICULARITES DE LA FONCTION

- Avoir une bonne connaissance du réseau sanitaire, social et médico-social
- Travail hors secteur

## COMPÉTENCES REQUISES

➤ Conditions d'accès au métier :

- Etre titulaire du Diplôme d'état d'assistant de service social

➤ Conditions d'accès à l'emploi :

- Justifier d'une expérience professionnelle en institution

➤ Connaissances particulières requises :

- Connaissances du public adolescent

➤ Aptitudes requises :

- Aptitudes à travailler en équipe
- Rigueur et éthique professionnelle
- Disponibilité
- Capacités d'adaptation
- Aptitudes à la communication

## EVOLUTION POSSIBLE DU POSTE ET DE SON ENVIRONNEMENT

Date de création : Juin 2008

Dernière mise à jour :